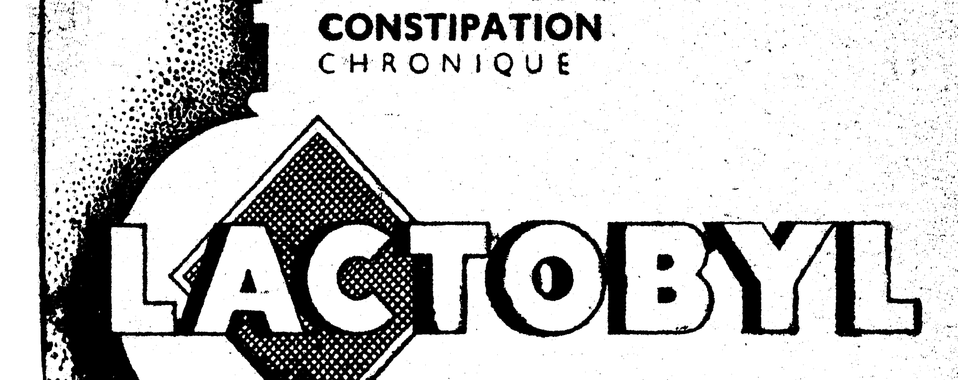
UNIVERSAL
LIBRARY


TRAITEMENT DE LA
CONSTIPATION
CHRONIQUE
LACTOBYL

Séances des 28 Janvier et 4 Février 1948.

SOMMAIRE

MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE SOLENNELLE PUBLIQUE

tenue le mercredi 28 Janvier 1948.

DANS LA SALLE DU CONSEIL DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DISCOURS DE M. PIERRE BROCQ,

PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE.

Monsieur l'Ambassadeur de Suède,
Monsieur le représentant de l'Assistance publique,
Messieurs les représentants de la Médecine Militaire,

Soyez persuadés que nous sommes tout particulièrement sensibles à l'honneur que vous nous faites, en venant ici rehausser l'intérêt de notre séance annuelle, à laquelle nous sommes fidèles parce qu'elle entretient le renom de notre Compagnie.

Monsieur le Doyen,

Vous êtes des nôtres et nous sommes heureux de vous voir parmi nous. Laissez-moi vous remercier de nous prêter chaque année la salle du Conseil des Professeurs de la Faculté. Vous voulez ainsi contribuer à donner à ce jour l'éclat qui convient aux destinées de notre chère Académie, où, depuis la fondation bien lointaine de l'Académie Royale de Chirurgie, les chirurgiens français donnent le meilleur de leur effort scientifique.

Mes chers Collègues,

A la veille de quitter le Bureau de l'Académie de Chirurgie, où j'ai siégé durant sept ans, comme secrétaire général, comme vice-président, comme président, j'éprouve un sentiment de tristesse inséparable de la perte des choses que le temps nous ravit dans sa fuite inéluctable, voile de tristesse que compense heureusement le sentiment bien vif de la sympathie que j'ai toujours trouvée auprès de *vous tous,* aussi bien dans les circonstances difficiles que dans les heures sereines.

Ces nombreuses années, où j'ai pu, grâce à votre si fidèle confiance, contribuer de près à votre activité me donnent les moyens, me font aussi un devoir, de dire aujourd'hui, dans cette séance solennelle, ce que j'ai appris pendant cette longue période si bouleversée.

Du haut de la modeste tribune de notre Société, où tant de chirurgiens renommés, nos ancêtres, puis nos pères, ont discuté entre eux, apporté leurs résultats, donné le secret de leurs réussites, montré la mobilité des conceptions qui conduisent par des détours ou par des chemins directs à des thérapeutiques meilleures, du haut de cette tribune où, tous, vous suivez l'exemple de vos anciens et venez chaque mercredi animer de votre ardeur combattive ou tempérer de votre expérience éprouvée nos recherches et celles des chirurgiens du monde, j'ai pu,

Publication périodique mensuelle.

dans vos communications et dans les réactions des auditeurs, suivre les oscillations de l'intérêt, de la pensée, de la vie.

Et ce sont bien les qualificatifs de *sensible, d'attentive à l'extrême* dans certains cas, de *houleuse dans d'autres*, j'oserai même dire de *rétive parfois*, de *vivante* au total qui me semblent convenir à notre Compagnie.

A travers vos discussions, souvent passionnées, mais toujours courtoises, passe le souffle de l'âme libre du chirurgien, qui ne se complait ni dans les contraintes, ni dans la brume et l'artifice des hypothèses, ni dans le rêve des conceptions d'une époque, ni dans le cheminement tortueux des philosophies changeantes, mais qui cherche son idéal, sa foi pour mieux dire, dans les solutions volontairement consenties, dans des réalisations hardies, et cependant dûment justifiées et contrôlées, qui met, en un mot, son constant souci dans le progrès toujours en mouvement pour le bien des malades.

C'est aussi l'intérêt d'une telle société que j'ai compris ; l'intérêt de cette société où s'affrontent en des luttes parfois sévères toutes les opinions, où les jeunes, qui sont notre espoir, sont assis aux côtés de leurs pairs pour en apprendre la sagesse, où les anciens trouvent chez leurs cadets cette raison d'évoluer qui leur ferait défaut sans eux et qui leur sert comme aux glandes endocrines les hormones de croissance ou de reviviscence.

Souhaitons que des règlements nouveaux, étudiés sans hâte et sans parti pris, permettent de nous incorporer davantage et plus vite cet apport de vitalité que représente la jeunesse. Mais, continuons néanmoins de codifier les moyens d'accès à l'Académie, pour ne pas risquer le sérieux écueil, si nous ouvrons la porte à l'excès, d'en arriver à un double emploi avec l'Association Française de Chirurgie, d'aboutir à une sorte de congrès en réduction et permanent, de rendre les discussions confuses et, pour tout dire, de faire ingouvernable une Compagnie par trop élargie.

D'ailleurs, par suite du nombre sans cesse accru de vos travaux et de leur attraction, il faudra, dès cette année, chercher dans la modification des règlements, ou dans l'application plus stricte des usages anciens, de nouvelles habitudes si l'on veut éviter que le Président de demain et ses successeurs ne voient se développer le désordre dans les séances et dans les discussions. Il faut en arriver à fixer à l'avance un ordre du jour strict, que ne puisse modifier ni le retard ou l'absence d'un orateur, ni l'arrivée inopinée d'un ou de plusieurs collègues venus de loin et qui excipent de la difficulté des déplacements pour prendre la place d'un chirurgien inscrit depuis longtemps.

Jusqu'ici le Bureau avait fait preuve d'un libéralisme qui se comprenait lorsque nous vivions en vase clos de 1940 à 1944, mais dont le développement actuel de l'Académie ne saurait plus se satisfaire.



Ces remarques me sont une occasion de dire brièvement, pour ceux qui nous ont fait l'honneur de se rendre à notre invitation, la vie de l'Académie de Chirurgie sous l'occupation, depuis la libération, les raisons pour lesquelles elle a grandi, son rôle actuel, la confiance en son avenir.

Née peu avant la guerre par les efforts conjugués de tous, et en particulier du professeur Gosset et de Louis Bazy, alors secrétaire général, qui tous les deux, grâce à leur sens de l'organisation et à leur goût du prestige, avaient perçu, avec des arguments que le temps a confirmé, les avantages de l'accession de l'ancienne Société nationale de Chirurgie au rang d'Académie.

Sous l'occupation, l'Académie, réduite pour la publication de ses bulletins à quelques pages, âprement défendues, a vécu une vie latente, repliée sur elle-même, et cependant sûre de voir des jours meilleurs. Dans le foyer de la rue de

Seine, chacun venait, sinon se réchauffer, car il y faisait bien froid, du moins fortifier son espoir. Nous étions séparés du monde scientifique, nous ignorions presque tout de ce qui se disait ou se faisait ailleurs.

Mais, dès la libération de Paris, nous avons vu arriver d'abord nos alliés anglais et américains à la tête desquels le grand chirurgien Cutler, prématurément disparu, puis les chirurgiens des troupes françaises.

Dès la fin des hostilités, nos amis belges, suisses, suédois, anglais, invitaient dans leurs pays l'Académie à des manifestations d'amitié et de chirurgie. Dès lors nous pouvions nous répéter le mot fameux de Renan : « La France, malgré ses malheurs, n'avait pas perdu l'audience du monde », et c'était un sérieux réconfort.

Depuis, l'Académie de Chirurgie n'a jamais cessé de recevoir des marques non douteuses de la sympathie des chirurgiens du monde. Nous n'en voulons pour preuve que la présence à nos séances de Cutler, de Blalock, des Etats-Unis ; de Bengoléa et de Mirizzi, d'Argentine ; de dos Santos, de Lisbonne ; d'Œconomos, d'Athènes ; de Hustin, de Delchef, de Lauwers, de Dejardin, de Belgique et de bien d'autres, dont je m'excuse de ne pas citer les noms. Nous avons assisté à la présentation de films du plus haut intérêt, en particulier ceux de Babcock et de Blalock, des Etats-Unis, de Lelio Zeno, d'Argentine, tout dernièrement, de Judine, de Moscou, et demain, nous connaîtrons celui de Crafoord, de Suède.

De toute part, en France, des professeurs, des chirurgiens connus de la province, viennent parler à notre tribune ou demandent à être élus membres associés. Aussi, ai-je bien le droit de dire que notre Compagnie est en *plein essor*.

Depuis longtemps, nous avons demandé, Louis Bazy et moi-même, que le gouvernement prenne conscience de nos efforts et les sanctionne en reconnaissant à l'Académie de Chirurgie le titre de « Fondation d'Etat », comme elle l'a conféré à l'Académie de Médecine et à l'Académie de la Marine. Cette reconnaissance n'est pas sans intérêt pour notre avenir, même pour un avenir rapproché. Je vais m'expliquer sur ce point délicat. L'ancienne Société nationale de Chirurgie avait son siège dans un modeste local sur cour, au numéro 12 de la rue de Seine. Là, sont nés à la chirurgie, ont grandi les opérateurs les plus notables de France, tous ceux qui ont laissé dans le monde le souvenir de leurs œuvres et dans nos cœurs le culte de leur mémoire. Ce local n'est *pas un palais* — loin de là — L'Académie a conservé ce modeste siège. La Pensée s'abrite où elle peut. Quand vient le froid, nous émigrons à l'Hôpital des Enfants-Malades, dans un amphithéâtre de l'Assistance publique. Nous nous y trouvons dépaysés, loin de nos archives et de nos bibliothèques, loin si je peux m'exprimer ainsi de notre *Maison natale*, qui nous reste si chère, en sa pauvreté, parce qu'à elle nous lient tant de souvenirs et une douce habitude. Mais cette maison qui nous semble nôtre ne nous appartient pas. Et bientôt la loi peut nous en chasser. Les ministères dont nous dépendons moralement, le ministère de l'Education nationale et celui de la Santé publique, devraient prévoir pour nous un asile. La reconnaissance de « Fondation d'Etat » nous aiderait à créer un nouveau centre, adapté à nos débats, digne de nos visiteurs. Aussi, tournons-nous vers les Pouvoirs publics un regard... *interrogateur*.

Pour revendiquer ce titre de « Fondation d'Etat », je tenterai, en matière de conclusion, de préciser le rôle actuel de l'Académie de Chirurgie et de prévoir l'Avenir que je lui souhaite.

Lecène, qui était un grand esprit, disait dans une boutade à propos de travaux présentés à notre tribune et discutés : « C'est nous les Classiques ». Nous ne saurions aujourd'hui accepter ce qualificatif, ou cette vertu, si l'on ne sous-entendait que les « classiques » peuvent et doivent évoluer et non se montrer d'outranciers conservateurs, se refusant au progrès. Or, c'est précisément le courant inverse qui anime actuellement notre Société. Toujours jeune, notre Compagnie suit avec une extrême attention l'évolution de la chirurgie dans le monde et en France, tempérant parfois les excès par des réserves, applaudissant toujours, avec enthousiasme, avec foi, aux plus audacieuses réalisations.

A ces titres divers, l'Académie de Chirurgie est une des sociétés scientifiques les plus vivantes en France, les plus entendues à l'étranger. Aussi mérite-t-elle d'être secondée par les Pouvoirs publics, d'être consultée par eux, pour son autorité et pour son expérience, dans les questions qui touchent l'intérêt du Pays. Sa composition, où entrent des chirurgiens jeunes, des chirurgiens évolués de Paris, presque tous Chirurgiens des Hôpitaux, des Professeurs et des chirurgiens de la province, de l'Union française, des membres libres appartenant à des disciplines utiles à notre art, les chirurgiens les plus marquants du monde, lui assure une valeur française, une portée internationale, un avenir sans cesse grandissant.

Messieurs,

J'ai le pénible devoir de vous faire part du décès, au cours de l'année 1947, de plusieurs de nos collègues.

Nous avons eu la peine de perdre :

M. Huet, membre titulaire et M. Clovis Vincent, membre libre.

MM. Gayet (de Lyon), Tixier (de Lyon), Georges Leclerc (de Dijon), associés nationaux ;

MM. Cutler (des Etats-Unis), Charles Winchester du Bouchet (des Etats-Unis et de France), Miles (de Londres), Rowley-Bristow (de Londres).



Vous avez procédé à des élections, en 1947, vous avez élu *membre titulaire :*

M. Merle d'Aubigné ;

Associés parisiens :

MM. Aboulker, Baumann, Calvet, Tailhefer ;

Associés nationaux :

M. Dor (de Marseille), M. Dubau (de l'Armée).



Vous avez donné les prix suivants :

Le prix Dubreuil, attribué à M. Jean Cheynel (de Saint-Etienne) pour son travail intitulé : *Recherches sur la physiopathologie de la hanche.*

Le prix Le Dentu, attribué à M. Mercadié.

Le prix Laborie à M. Trueta, de l'Université d'Oxford (Grande-Bretagne).

En attribuant à M. Trueta le Prix Laborie, l'Académie de Chirurgie a voulu honorer à la fois ce chercheur et l'Université d'Oxford où il travaille. M. Trueta s'est particulièrement distingué dans la publication d'un ouvrage concernant l'étude de la circulation rénale au cours du shock. Après avoir posé une ligature serrée à la racine de la cuisse d'un lapin, il a observé que la circulation rénale du côté opposé était brusquement arrêtée, ce qui entraînait la suppression de la sécrétion rénale. Ces constatations, accompagnées de remarquables microphotographies histologiques, orientent dans un sens nouveau la pathogénie du shock et par suite la thérapeutique de ce drame chirurgical.

L'Université d'Oxford possède un Centre de Recherches qui fait l'honneur de cette Fondation. Grâce à la compréhension et à la générosité d'un puissant donateur, de sensationnels travaux expérimentaux ont été réalisés, en particulier :

Par Mac Intosh sur l'anesthésie ;

Par Sir Hugh Cairns sur la neuro-chirurgie ;

Par Berkley. Ce dernier a montré, dans de prodigieuses ciné-radiographies, comment se fait le passage de la circulation fœtale à la circulation normale.

La distinction que nous avons conférée à M. Trueta et, à travers lui, à l'Université d'Oxford, n'est qu'un bien faible moyen d'honorer nos collègues anglais.

Quand nous réfléchissons à ces travaux, nous sommes partagés entre des sentiments d'admiration et des sentiments, non pas d'envie, mais *d'émulation* — et nous nous prenons à penser qu'il ne faut sous-estimer pas plus les initiatives *individuelles* que les efforts des Etats qui favorisent de pareilles recherches. Il y aurait beaucoup à dire sur cette question. Mais ce n'est, aujourd'hui, ni l'heure ni le lieu de débattre cet important problème.



Vous avez, cette année, attribué la *Médaille internationale de Chirurgie* (*Fondation Lannelongue*) à M. Crafoord, de Suède.

Je rappelle d'abord, pour ceux qui ne sont pas au courant, que ce Prix a été fondé en 1911 par M. Lannelongue, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris. En voici les règles :

« Cette Médaille est internationale, c'est-à-dire attribuée à un chirurgien de n'importe quel pays qui, durant les dix dernières années, aura fait la découverte chirurgicale la plus notoire ou les travaux les plus utiles à l'Art et à la Science de la Chirurgie. »

M. Lannelongue a exprimé la volonté formelle qu'il ne soit tenu aucun compte de la nationalité, mais uniquement des mérites de celui qui paraîtra le plus digne.

Le lauréat est élu par un collège composé :

1° Des membres du Bureau de l'Académie ;

2° Du quart des autres membres titulaires et honoraires de cette Société ;

3° Des lauréats de la Médaille Lannelongue ;

4° D'un certain nombre de Chirurgiens membres du Conseil de dix Facultés de Médecine de nationalité étrangère à la France.

La médaille est attribuée tous les cinq ans.

Depuis sa fondation, elle a été donnée à MM. Horsley (de Grande-Bretagne), Henri Gaudier (de Lille), Crile (des Etats-Unis), Leriche (de France), Lambotte (de Belgique).

Je vais vous dire maintenant les fortes raisons pour lesquelles je vais remettre la Médaille Lannelongue à M. Crafoord, de Stockolm.

Cher et honoré Collègue,

Je sais que vous avez été gêné par la publicité faite autour de votre nom, dès votre arrivée à Paris. Cependant, il est de mon devoir, et j'ajoute, c'est un plaisir et un honneur pour moi de faire encore, au nom de l'Académie de Chirurgie que je représente, quelques offenses à votre extrême modestie. Je m'efforcerai de les faire en termes mesurés.

Encore très jeune, votre nom est connu dans le monde entier pour vos remarquables travaux. Vous vous êtes spécialisé de bonne heure dans la chirurgie du thorax, associant dans un constant effort des bases physiologiques que vous empruntiez au laboratoire à vos actes chirurgicaux. Vous avez débuté par une œuvre de maître en créant votre technique de la *pneumonectomie*, qui vous est personnelle par sa voie d'abord, par la rigueur de ses temps anatomiques, par la sûreté des manœuvres qu'elle comporte, par la prophylaxie des complications post-opératoires. Tous les spécialistes du thorax en reconnaissent la valeur.

Vous avez écrit sur l'exérèse de l'œsophage thoracique, sur la chirurgie du thymus.

Vous avez étudié expérimentalement l'action de l'*héparine* depuis 1935 et vous avez condensé vos résultats dans un très intéressant rapport au Congrès de Londres en 1947.

Vous avez mis au point un *Spiro-pulsator*, très utile pour la respiration artificielle avec intubation trachéale dans les anesthésies qui durent cinq ou six heures avec adjonction de curare.

J'en arrive à la chirurgie artérielle, qui fait votre triomphe d'aujourd'hui :

Vous avez opéré une centaine de malades qui présentaient une *persistance du canal artériel.*

Vous avez réalisé quatre fois l'opération de Blalock, l'anastomose de l'artère sous-clavière et de l'artère pulmonaire.

Vous avez enfin conçu et réussi une opération encore plus audacieuse, l'opération pour la *cure du rétrécissement de l'aorte.* Votre premier cas date de 1944. Votre dernier, tout récent, et qui est un succès sur un malade français, que vous avez opéré amicalement, porte à 24 le nombre de ces étonnantes interventions.

Cette opération est une réussite exceptionnelle et dont peu de chirurgiens sont actuellement capables.

Certes, d'autres opérateurs, Blalock et Park, avaient déjà en 1938, réalisé, pour traiter le rétrécissement de l'aorte, des opérations palliatives par anastomose entre la sous-clavière gauche et l'aorte. Certes, Gross, avec Hupnagel, en 1938, après essai sur le chien, avaient décidé de faire l'anastomose bout à bout après résection du rétrécissement aortique.

Mais vous avez, Monsieur Crafoord, exécuté, le premier, avec succès, l'opération sur l'homme, en 1944, montré ainsi que l'on peut arrêter pendant un certain temps la circulation à partir du rétrécissement, enlever ce rétrécissement, rétablir la circulation par suture des deux bouts de cet énorme vaisseau, et guérir de nombreux malades. Ce tour de force prodigieux, qui nécessite une virtuosité peu commune, aurait bien surpris nos pères. Il remplit vos collègues d'admiration.

Grâce à vos travaux expérimentaux sur l'animal, grâce à vos étude cliniques sur le malade, grâce aux moyens thérapeutiques pré-, per- et post-opératoires, vous avez vaincu toutes les difficultés. Que nous sommes loin des interventions contre la montre qui faisaient la renommée de nos anciens. Aujourd'hui, tout est préparation, douceur, discipline. Et cependant, dans ce cas particulier, le passé de rapidité ne perd pas tous ses droits dans le temps même de l'anastomose puisqu'il faut interrompre un certain temps la circulation, ce que les interventions sur l'animal ont montré possible, et qu'il faut, néanmoins, pour éviter toute perte de temps inutile, compenser la lenteur nécessaire par la précision de gestes, jamais manqués, tous effectifs, chacun parfait.

Votre important service de chirurgie est doublé d'un magnifique lobratoire d'expérimentation. Ceux qui l'ont visité nous en ont dit toutes les perfections. La chirurgie de l'avenir s'appuiera de plus en plus, votre opération en est la démonstration, sur toutes les disciplines. Si bien que la science, aux multiples branches, est UNE en réalité, et ses serviteurs sont le cerveau et les mains des hommes.

De cette science, Monsieur Crafoord, vous êtes l'un des serviteurs les plus éminents. Et c'est pour nous tous un honneur de nous associer au plus grand chirurgien du monde pour vous remettre cette distinction internationale fondée par un Français. Autrefois d'or, aujourd'hui modestement de bronze, cette médaille, superbement gravée par Ernest Dubois, n'en reste pas moins un symbole : des coureurs dans un envol de leur corps et de leur âme s'élancent vers le Progrès. Pour vous, elle sera le témoignage de l'estime de vos collègues, un souvenir de l'amitié déférente de l'Académie de Chirurgie et, aussi, un nouveau lien entre nos deux pays, entre la Suède, qui nous a donné tant de gages de sympathie et la France, qui l'en remercie de tout cœur.

Allocution de M. Clarence Crafoord.

Monsieur le Président,
Messieurs les Membres de l'Académie de Chirurgie,

Je suis confus d'avoir à vous remercier avec une connaissance imparfaite de votre belle langue.

Il nous est difficile d'embrasser l'ensemble des progrès qu'a faits la chirurgie depuis dix ans.

Nous avons appris à combattre le shock, en restituant à l'organisme l'eau, les sels, les albuminoïdes que l'agression chirurgicale lui avait fait perdre. L'anesthésie a fait des progrès décisifs ; la chirurgie thoracique et celle des vaisseaux a pris son essor. Nous avons appris à prévenir la thrombose et ses complications. Dans le champ de ces activités, il m'est difficile de me faire une idée de l'importance du terrain que j'ai moi-même labouré.

Que vous ayez apprécié mes travaux est pour moi un très grand honneur et un encouragement ; un honneur, car c'en est toujours un que d'être connu au pays de Descartes ; un encouragement, car il est bon pour un chercheur de savoir qu'il ne fait pas fausse route.

Je vous adresse mes remerciements pour la distinction que m'a octroyée la célèbre Académie de Chirurgie, continuatrice de l'Académie Royale de Chirurgie.

Je suis un peu intimidé de me trouver au milieu de vous, je regrette qu'on ait pu citer mon nom trop flatteusement ces jours-ci. Je n'ai pu m'en défendre complètement, car ceux qui m'ont associé à leur initiative philanthropique m'ont représenté que mon devoir était de ne pas laisser ignorer les possibilités de la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique moderne.

Je vous suis très reconnaissant, Messieurs, et je vous remercie de m'avoir attaché d'un lien de plus à la France que j'aime, et d'avoir resserré les liens culturels entre la Suède et la France.

COMPTE RENDU

DES TRAVAUX DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

PENDANT L'ANNÉE 1947

par M. MARCEL BOPPE, secrétaire annuel.

Mesdames,
Messieurs,
Mes chers Collègues,

Dans son traditionnel exorde, chaque secrétaire annuel vous fait généreusement part de son embarras, de ses hésitations, de son anxiété même.

Faire un compte rendu qui doit être bref, je n'ai pas besoin de vous dire pourquoi, complet, ne serait-ce que vous montrer que son auteur s'est donné la peine de relire et de classer vos travaux, qui devrait enfin, sinon la table alphabétique suffit, mettre en valeur les notions neuves ou originales apportées à cette tribune, discerner pour les questions importantes traitées ou discutées durant l'année la doctrine de l'Académie, n'est certes pas une tâche facile. Je me garderai d'innover, cela serait sûrement prétentieux, probablement vain. A l'exemple de certains de mes prédécesseurs, je crois sage de ne citer aucun nom. Je crois utile, comme l'a fait Quénu l'année dernière, de placer en marge du texte les chiffres qui renvoient aux pages des travaux cités. Bien qu'il soit plus séduisant de classer vos travaux par discipline : chirurgie nerveuse, orthopédique, plastique, etc., il est beaucoup plus commode de garder la classification adoptée par les traités de pathologie chirurgicale.

Anesthésie. (1)

311 Comparativement à l'année dernière, très peu de travaux sur cette question si importante sauf une communication sur l'emploi de la rachianesthésie haute à la percaïne hypobare en chirurgie thoracique et une présentation d'appareil à anesthésie. Les raisons de cette pénurie sont en réalité réconfortantes. Nous commençons heureusement à disposer d'anesthésistes expérimentés et d'appareils soit américains, soit français, ceux-ci égaux et même supérieurs à ceux-là.

Cette année, on peut lire dans vos comptes rendus opératoires cette petite phrase qui fait plaisir : anesthésie au cyclopropane-oxygène avec intubation intratrachéale (Dr X...). Réanimation et transfusion (Dr Y...).

Choc opératoire.

Comme pour l'anesthésie et pour les mêmes raisons, presque rien non plus sur le choc, sauf deux travaux, l'un assez théorique

(1) Les numéros en marge renvoient aux pages des *Mémoires* auxquels il est fait allusion dans le texte.

sur le choc et la cholestérinase, l'autre sur le rôle de l'infiltration 320
novocaïnique préalable du sinus carotidien dans la prévention du 435
choc.

Infection. Médication anti-infectieuse. Bactériostase

Une courte note sur le microbisme latent, une observation sur
un cas de septicémie à *Proteus vulgaris*, un intéressant travail sur
le charbon humain fréquent en Camargue, heureusement bénin
grâce au sérum anti-charbonneux associé au stovarsol. 93, 103

Un éminent invité de notre Académie, nous a montré les dan- 129
gers réels de la contamination interhumaine par la seringue dans
la pénicillothérapie en série, courante aujourd'hui ; chaque malade
doit donc posséder son flacon individuel de pénicilline et sa propre
seringue stérile.

Grâce à l'association pénicilline et sulfadiazine, nous pouvons 613
guérir l'actinomycose contre laquelle, malgré la médication isolée
classique, nous étions très désarmés.

La pénicilline-retard, dissoute dans différents véhicules tel que, 573
en France, le subtosan, biologiquement autant, sinon plus active 583
que la pénicilline dissoute dans du sérum, constitue une grosse
simplification (une seule injection par vingt-quatre heures).

On a continué cette année à montrer l'action bienfaisante de la 6
pénicilline dans les affections et les interventions les plus diverses : 4
pénicilline dans les artérites, pénicilline et sulfamides dans les 256
ulcères perforés, pénicilline et staphylorraphie, guérison grâce à la 433
pénicilline d'une affection grave d'origine dentaire à sphérophorus. 534

On sait qu'à côté du *Penicillium notatum*, de nombreux autres
champignons ont été utilisés avec succès : levures types saccharo- 365
myces, évrotine tirée des moisissures du pain. 366

La streptomycine enfin, en injections locales, a pu guérir, après 534
pleurotomie à minima, une pleurésie putride pénicillino-résistante.

Les sulfamides ont évidemment continué à perdre beaucoup de
terrain ; notons seulement un travail sur leur titrage dans le sang 101
et un autre sur l'efficacité des injections intra-artérielles de solu-
septazine.

Ces différents antibiotiques, si précieux dans le traitemnet de 416
début des plaies à la phase bactérienne, ne sont nullement des agents
cicatrisants bien au contraire, les sulfamides en particulier. Un très
important travail expérimental et clinique nous apporte des vues
neuves sur le problème encore non résolu de la cicatrisation des
plaies traînantes. Il semble que les hématies constituent un aliment
spécifique pour les cellules qui président à la réparation des tissus,
ces hématies isolées du plasma et conservées à l'état de dessiccation
paraissent posséder un pouvoir cicatrisant de premier ordre, étant
in situ des facteurs très actifs des phénomènes de phagocytose et de
production d'énergie.

Avant de quitter le chapitre des généralités, il faut mentionner
l'intéressante discussion ouverte sur l'importance en chirurgie des
problèmes psycho-somatiques. L'accent a d'abord été mis sur 122
l'intérêt qu'il y a d'éloigner du chirurgien le cas mental, puis on
a évoqué avec beaucoup de justesse les réactions du sujet aux prises
avec son affection, d'où l'intérêt de la psychanalyse.

Affections des tissus. Téguments.

L'appareil plâtré, après application de greffes cutanées libres,
assure une immobilisation parfaite du greffon et grâce à une
compression douce et uniformément répartie, permet d'éviter tout
épanchement dangereux sous la greffe, dont la technique a été 636

révolutionnée par ce merveilleux instrument qu'est le dermatome
360 de Padgett, dont une simplification heureuse vous a été présentée
sous la forme d'un rabot-rasoir à épaisseur réglable.

Deux affections cutanées peuvent être guéries par la chirurgie :
125 L'hyperhydrose palmo-plantaire par la stellectomie et la résection de la chaîne sympathique lombaire ;
426 La mélanose de Riehl par la thymo-thyro-parathyroïdectomie.

Affections vasculaires.

Artères.

Si, l'année dernière, comme l'écrivait Quénu, nous arrivaient
du Nord d'intéressants essais de sympathectomie chimique, cette
année nous arrive du Sud une notion neuve : le débouchage et la
409 reperméabilisation d'une artère thrombosée peuvent bouleverser la
chirurgie des artérites, dominée jusqu'ici par l'artériectomie.
Quelques mois après cette première communication, montrant
comment, sous le couvert de l'héparine, il est possible, grâce à
deux petites incisions en amont et en aval, de ramoner l'artère en
803 clivant le thrombus de la paroi artérielle, on nous apportait un
exemple magnifique prouvé par l'artériographie de reperméabilisation d'une artère thrombosée sur 17 centimètres. L'ablation du
thrombus avait été réalisée par mise à plat complète de l'artère
thrombosée, ensuite suturée.

Le traitement des artérites oblitérantes reste ainsi à l'ordre du
jour et si certains ont été déçus par l'opération d'Opel, il semble
650 bien que la surrénalectomie précoce chez des sujets jeunes, avant
l'apparition des phénomènes gangréneux, peut donner de remarquables résultats, comme en témoignent les dix observations qui
vous ont été rapportées.

A côté des tests classiques permettant l'étude de la circulation
superficielle dans les artérites, l'épreuve de la fluorescéine intravei-
169 neuse, avec examen des téguments à la lumière de Wood, est
appelée à rendre de grands services, ce test permettant d'apprécier
l'effet vaso-moteur des blocages anesthésiques au niveau du sympathique lombaire.

Alors qu'en Amérique, où est née, grâce à Matas, la chirurgie
conservatrice des anévrysmes, on préconise actuellement pour la
367 cure des anévrysmes artério-veineux l'extirpation et la quadruple
369 ligature, chez nous l'anévrysmorraphie par voie endoveineuse en
375 particulier, est considérée comme l'opération de choix, ses résultats
fonctionnels étant très supérieurs è la quadruple ligature ; la
compression temporaire de l'aorte élimine pour le membre inférieur
tout risque d'hémorragie.

Citons enfin un cas de thrombose traumatique de l'humérale,
520 lésion grave, l'artériotomie ou l'artériectomie ne réussissant pas
toujours à éviter l'amputation et un cas rare de plaies associées de
22 la carotide primitive, du pneumogastrique, du sympathique cervical
et de l'œsophage, heureusement guéries.

Veines.

La chirurgie des phlébites s'édifie rapidement, l'indication opé-
622 ratoire est impérieuse dans les phlébites emboligènes, ligatures de
236 barrage au-dessus du callot, soit tout près, soit à distance au niveau
de la veine cave inférieure, ou mieux thrombectomie. Dans les
phlébites adhésives (*phegmatia alba dolens*), la phlébectomie perd
du terrain devant la thrombectomie précoce exécutée avant l'adhérence du caillot.

Il y a bien longtemps, par contre, que la chirurgie des varices
n'a été évoquée ici ; si certains d'entre nous restent fidèles à la

méthode classique des injections sclérosantes, on ne saurait mécon- 337
naître l'intérêt de la résection de la crosse de la saphène avec toutes
ses collatérales associée à une injection sclérosante rétrograde du
bout périphérique, technique très employée par les chirurgiens anglo-
américains.

A propos de deux nouveaux cas de phlébite en cordon de la paroi 94
thoracique, la maladie de Mondor a reçu son juste baptême.

Affections osseuses.

Dystrophies et tumeurs.

Les rapports entre la maladie de Recklinghausen et les tumeurs
parathyroïdiennes, 1 cas d'adénome, 1 cas d'épithéliome, ont été
discutés. On semble admettre que l'hormone parathyroïdienne
abaisse le seuil d'élimination rénale des phosphates, d'où mobili- 201, 641
sation du calcium lié aux phosphates, mais comme le seuil d'éli-
mination rénale du calcium n'est pas modifié, l'hypercalcémie
apparaît.

La possibilité de transformation maligne des tumeurs à myélo-
plaxes reste toujours bien improbable et, dans l'observation que vous 625
avez écoutée, la preuve a été donnée qu'il s'agissait non d'une
tumeur à myéloplaxes au début, mais bien d'une tumeur maligne :
sarcome à myéloplaxes d'évolution lente.

Deux fois la résection d'une tumeur à myéloplaxes étendue a
nécessité une opération plastique : remplacement de la clavicule par 536
une greffe péronière, raccourcissement du fémur sain pour compenser 406
le raccourcissement de l'autre fémur réséqué.

Quittons les dystrophies et tumeurs osseuses après vous avoir
donné de mauvaises nouvelles de ce cas si curieux d'ostéolyse essen- 470
tielle, progressive, dont on vous a déjà entretenus à plusieurs reprises.

Ostéomyélites.

Un travail sur l'ostéomyélite chronique éburnante caractérisée
par une prolifération osseuse considérable avec séquestre corticaux
et fistules, a soulevé une discussion sur le diagnostic, parfois diffi-
cile, de certaines formes névralgiques de cette affection que les Amé- 620
ricains, à tort croyons-nous, cherchent à distraire de l'ostéomyélite,
les interprétant comme des tumeurs bénignes : ostéomes ostéoïdes
de Jaffe.

Si, dans certains cas, la résection reste indiquée dans l'ostéomyé- 604
lite aiguë, la pénicillinothérapie associée permettant une suture pri-
mitive, après résection en plein pus, cette intervention ne met pas 388
à l'abri d'une récidive sur l'os régénéré après diaphysectomie.

Tête face et cou.

Rien de bien saillant en ce qui concerne la chirurgie cérébrale,
notons cependant une communication sur l'ouverture des abcès céré-
braux dans le ventricule latéral. La sulfamidothérapie permet d'amé- 107
liorer cette redoutable complication, presque toujours mortelle aupa-
ravant ; une observation d'hématome cérébral tardif révélée à l'occa- 64
sion d'une méningite à pneumocoques ; une belle guérison d'une 579
méningite à streptocoques consécutive à une fracture de l'étage
antérieur, grâce à l'oblitération de la brèche ostéo-méningée par un
fragment de muscle et une bandelette de *fascia lata ;* une observa-
tion de fistule liquidienne post-opératoire au niveau du rachis par 382
fermeture directe de la fistule et drainage simultané des ventricules
latéraux et 2 cas de sinus péricranii à localisation occipitale pou- 648
vant ainsi simuler une méningite.

1947 nous a apporté sont petit contingent habituel de parotidec- 33, 612
tomies totales pour tumeurs mixtes avec conservation du facial.

Les résultats éloignés du traitement du cancer de la partie mobile

822 de la langue se montrent assez décevants, entre les meilleures mains, puisque, après cinq ans, on note 30 p. 100 de récidives.

Après avoir rappelé une observation d'hémangio-endothéliome thyroïdien, tumeur très rare avec ses métastases pulmonaires hémorragiques, nous en arrivons à la chirurgie du thorax.

Thorax. A propos d'une présentation de malade l'Académie a condamné
Glande avec force les cancérologues utilisant la radiothérapie seule dans le
mammaire. traitement des cancers du sein opérables. Si, dans un cas, la castra-
153, 549 tion eut une action heureuse sur les métastases osseuses de ce cancer,
219, 47 on a signalé un autre cas avec effet nul de la castration d'un ovaire déjà irradié.

Organes Passons rapidement sur la chirurgie pulmonaire qui ne nous a
intra- pas valu, cette année, de travaux de première importance ; une mise
thoraciques. au point surtout clinique sur le diagnostic du cancer du poumon et
334 une autre technique sur la pneumectomie totale ; une étude sur les
21 kystes pulmonaires infectés de la base gauche simulant une pleu-
436 résie purulente et guéris par lobectomie, sur le pneumothorax per-
424 sistant par fistule pleuro-pulmonaire. Quelques cas rares : un kyste
350 intrathoracique congénital pleuro-péricardique, un neurinome faci-
515 lement extirpé par voie extrapleurale, une hydatidose multiple
600 hépato-pulmonaire, une rupture intrathoracique d'un kyste hydatique du foie, perforation pulmonaire et pyothorax hydatique guéris par pleurotomie simple.

Signalons aux confins de la chirurgie thoracique et cervicale une
515 excellente étude sur les voies d'abord des goitres thoraciques ; on doit en général commencer par le temps cervical avec ligature de la thyroïdienne supérieure, la thoracotomie étant rarement nécessaire.

La chirurgie du cancer œsophagien fut la grande triomphatrice de l'année. On en avait beaucoup parlé en 1946 ; en 1947 cette question était à l'ordre du jour du Congrès de Chirurgie ; le professeur
602 Rosano est, à cette occasion, venu opérer à Paris, et durant les der-
607 nières séances de 1947 et les premières de 1948, nous eûmes le plaisir
274 de voir défiler une dizaine de malades opérés et guéris par nos jeunes collègues.

434 En ce qui concerne encore la pathologie œsophagienne, notons
274 une médiastinite suppurée rétro-œosophagienne opérée et guérie, un
434 corps étranger de l'œsophage avec œsophagotomie et suture des parois œsophagiennes sous le couvert de la pénicilline.

Rachis. Deux belles communications appuyées par la très grande expérience personnelle de leurs auteurs doivent tout d'abord retenir l'attention.

La première traite des meilleures méthodes opératoires dans la
396 sciatique d'origine discale. On y insiste sur la fréquence, après guérison de la sciatique, de séquelles mineures, lombalgies dues peut-être, mais non sûrement, à un trouble statique post-opératoire du rachis, (d'où l'association de la greffe osseuse à l'ablation de la hernie discale) et troubles de la sensibilité : anesthésies, paresthésies qui se manifestent au maximum après radicotomie bilatérale de L5, S1, ce qui contre-indique cette radicotomie étendue.

A propos du traitement des hernies discales, notons encore un
277 kyste lipiodolé du cul-de-sac arachnoïdien nécessitant une interven-
427. tion, fait qui met en lumière les ennuis et dangers de l'épreuve

lipiodolée pré-opératoire abandonnée par presque tous, et une récidive de hernie discale.

La seconde portant sur plusieurs centaines d'opérés suivis de
longues années, précise les indications et les résultats de l'ostéosyn-
thèse par greffe d'Albee dans la scoliose essentielle (scoliose progres- 587
sive des adolescents, scolioses douloureuses des adultes si fréquentes
actuellement, scolioses avec très grosse gibbosité et cypho-lordose
accentuée). Les résultats sont encourageants, alors que d'Amérique
nous vient, sur ce même sujet, un son de cloche plus pessimiste.

La spondylose ankylosante frappant presque toujours des sujets
jeunes est, on le sait, une terrible infirmité réputée incurable ;
l'ostéotomie de la colonne postérieure du rachis (épineuses, arcs, 329
apophyses articulaires) associée dans certains cas à une véritable
ostéotomie de la colonne antérieure corporéale par ablation du disque,
permet, comme nous le montrent deux observations, un redressement réel de ces rachis douloureux, figés en flexion. Ces faits
confirment l'intérêt des travaux américains et laissent entrevoir une
possibilité de guérison de la maladie de P. Marie.

D'autres documents intéressants concernant la chirurgie rachi-
dienne sont encore à mentionner : un procédé de traitement nouveau 309
des fractures du rachis cervical (traction sur le maxillaire supérieur) ;
un cas de guérison d'une ostéomyélite du corps de la 2e vertèbre
lombaire grâce à la pénicilline et à la chirurgie (évidement d'une
caverne précisée par la tomographie) et un tératome présacré opéré et 664
guéri chez un nourrisson de seize mois. 36

On vous a rapporté plusieurs observations de fractures graves de **Bassin.**
la ceinture pelvienne, dont certaines ont été traitées par la mobili- 344
sation immédiate, un cas de fracture du cotyle avec pénétration de 682
la tête, un intéressant travail sur l'échinococcose diffuse des os du
bassin : sur 3 cas 2 ont pu être opérés ; sur 2 amputations interilio- 249
abdominales, une est morte de shock, mais l'autre est restée guérie
depuis sept ans. **Abdomen.**

Chirurgie gastro-intestinale.

Deux grosses questions déjà traitées en 1946, restaient à l'ordre
du jour : la *gastrectomie totale*, les *ulcères peptiques*. **Estomac.**

Gastrectomie totale.

De nouvelles observations viennent confirmer que la résection de
l'appendice xiphoïde en facilitait l'exécution, que la suture en
sandwich œsophago-jéjunale la rendait plus sûre, et qu'elle était de 236
gravité moindre que la sub-totale. On a discuté l'opportunité de la 230
totale de principe en matière de néoplasmes. Les résultats éloignés 66 et 19
de la gastrectomie totale pour cette dernière affection sont assez déce- 406
vants : mort dans l'année de tous les survivants.

La discussion a été close ; les conclusions très mesurées montrent Ulcères
que la gastrectomie sort intacte du débat, à condition qu'elle soit peptiques.
appliquée d'emblée à la maladie ulcéreuse et que la technique en 530
soit correcte. L'ulcère peptique succédant à une bonne gastrectomie 585
est de traitement difficile, on ne devra pas négliger les ressources 573
du traitement médical et de la jéjunostomie et l'on se décidera 573
entre la gastrectomie totale et l'opération de Dragstedt qui sup- 275
prime les douleurs mais qui rend le plus souvent l'estomac très 285
hypotonique. 304

Toujours à propos des ulcères peptiques, on a rappelé la rareté
des fistules gastro-coliques ou gastro-jéjuno-coliques, l'existence pos- 575

585 sible, après gastrectomie, d'ulcérations linéaires situées à distance sur le bord mésentérique de l'anse afférente.

Enumérons pour finir une série d'observations : anémie grave
25 par tumeur villeuse du rectum ; rupture traumatique sous-cutanée
42 de l'estomac et du cholédoque ; récidive précoce de perforation d'un
500 ulcère suturé ; un cas d'occlusion du grêle dans la fente rétro-
504 anastomotique limitée par le péritoine postérieur et l'anse affé-
586 rente ; un cas de sténose cicatricielle du pylore guérie simplement par pyloroplastie et enfin une communication témoignant de la
411 grande expérience de son auteur sur le traitement de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.

Intestin.

Deux questions importantes ont été discutées :

Le radiodiagnostic de l'occlusion intestinale et la part de la colectomie totale dans le traitement du mégacôlon.

Radiodiagnostic de l'occlusion intestinale.

Il est avant tout basé sur l'augmentation, en cas d'occlusion, de la quantité ou mieux de la qualité des gaz intestinaux dont on connaît mal l'origine mais qui sont capables de varier rapidement dans des proportions considérables sous des influences réflexes
144 variées ; les clichés peuvent donc être trompeurs et toute image gazeuse peut manquer dans certains cas d'occlusion.

79 On a affirmé et contesté la valeur d'un aspect radiologique du jejunum (aspect en damier ou en quadrillé) qui serait symptomatique d'un ileus par trouble de la motricité intestinale, donc non chirurgical.

Colectomie totale dans le traitement du mégacôlon.

Plusieurs d'entre nous, après échec de la colectomie segmentaire, ont dû recourir par nécessité à la colectomie totale exécutée, en général, en deux temps : anastomose iléo-sigmoïdienne, puis exé-
209, 220 rèse et concluent en général que les résultats fonctionnels sont
213, 246 satisfaisants. Le problème d'un mégarectum associé complique la
272, 2[illegible]4 thérapeutique. D'autres, au contraire, estiment que les indications
549, 610 de la colectomie totale doivent rester exceptionnelles.

Enumérons une série de travaux sur les corps étrangers du tube digestif chez l'enfant ; un plaidoyer en faveur de l'iléo-transverso-
610 stomie dans les occlusions et péritonites post-appendiculaires (trai-
659 tement plus que discutable, d'efficacité nulle au stade de péritonite et qui, dans l'occlusion paralytique, doit céder le pas à l'aspiration
430 continue) ; un autre plaidoyer en faveur du drainage postérieur
521 lombaire dans l'appendicite ; un cas de guérison d'une invagination intestinale avec gangrène du boudin par résection de celui-ci
189 et drainage par iléostomie trans-appendiculo-valvulaire ; les résultats très favorables de la splanchnicectomie dans une série de 103 cas pour atonie des voies biliaires ou de mégadolichocôlon. A propos de cette affection, les unicistes qui admettent l'unité du dolichocôlon et du mégacôlon et les dualistes qui les opposent, sont restés sur leurs positions ; ceux-ci nient l'efficacité des interventions sympathiques dans le mégacôlon.

Chirurgie du rectum.

Très peu de travaux par rapport à l'an dernier sur ce sujet. On confirme qu'après l'opération de Babcock, il existe bien une con-
136 tracture volontaire du sphincter, mais aussi une perte de l'arc réflexe normal parti de la muqueuse ano-rectale sacrifiée et que la continence obtenue est fort incomplète.

507 Dans les rectites proliférantes et sténosantes, il faut peut-être

en appeler des conclusions pessimistes concernant le traitement chirurgical puisque l'on vous a rapporté d'excellents résultats fonctionnels après résection recto-colique abdomino-endo-anale.

On vous a présenté un très beau résultat du traitement de l'imperforation anale avec fistule recto-uréthrale opérée d'après la tech- 691
nique des américains Gross et Ladd.

La discussion entre les partisans du drainage interne et ceux du **Foie et voies**
drainage externe a été close l'an dernier. Cependant, pour obvier **biliaires.**
aux inconvénients de la déperdition biliaire, on vous a proposé une 551
technique déjà exécutée par ailleurs, drainage trans-vatérien ; le drain cholédocien arrivant dans le duodénum est conduit au dehors en traversant le duodénum, puis la paroi. Ce procédé n'a pas paru exempt de tout reproche, il peut traumatiser le sphincter d'Oddi et ne permet pas la radio-manométrie biliaire.

On s'est attaché à serrer de plus près la question si intéressante **Pancréas.**
du traitement des hypoglycémies d'origine pancréatique par la pan- **Rate.**
créatectomie de réduction, à préciser les variétés étiologiques de 240
cette hypoglycémie, adénome, adéno-carcinome et même cancer vrai, pancréatite chronique hypoglycémiante, hyperplasie longerhansienne et enfin hyperglycémie fonctionnelle sans lésion apparente de la glande. Cette question présente beaucoup de points physiologiques obscurs.

A propos de deux observations de kyste du pancréas, on vous a 194, 200
rappelé que la situation du kyste au niveau de la glande ne suffisait pas à affirmer son origine pancréatique et qu'il est nécessaire de retrouver dans le liquide les enzymes pancréatiques.

L'élargissement considérable de l'anneau duodénal constitue un 694
élément important de diagnostic de l'augmentation de volume de la tête du pancréas.

Pour la chirurgie splénique notons pour mémoire une splé- 138
nectomie par torsion d'une rate paludéenne et une autre pour une 656
énorme rate de maladie de Banti.

Nous devons mentionner une très intéressante communication **Parois**
sur la cure opératoire des hernies diaphragmatiques chez l'enfant, **abdominales.**
en particulier des grosses hernies congénitales multiviscérales d'une 291
gravité extrême, qu'il est possible d'opérer maintenant avec succès grâce aux méthodes modernes d'anesthésie et de baronarcose.

Il peut paraître paradoxal de faciliter la cure opératoire des 184
grosses éventrations par injection, sous pression, d'air dans la cavité abdominale, cependant l'expérience montre que le pneumo-péritoine remettant en tension les muscles pariétaux et faisant remonter le diaphragme augmente en fin de compte la capacité de la cavité abdominale.

Nos collègue urinaires ont, comme on le sait, leur propre tribune **Urologie.**
à la Société d'Urologie, nous devons donc nous réjouir quand ils 462
nous donnent la primeur de leurs travaux, surtout quand ils ont la qualité de celui qui traitait de la cure des fistules vésico-vaginales, infirmité redoutable, lassant parfois la patience du chirurgien et de la malade et pour laquelle, on le sait, de multiples voies d'abord sont encore discutées. 50 fistules vésico-vaginales, toutes opérées et guéries, attestent d'une façon indiscutable la supériorité de la voie vagino-périnéale proposée et exécutée par Picot.

471 A côté de ce travail, signalons des communications toutes basées
sur une expérience personnelle étendue. Traitement des ruptures
495 de l'urèthre membraneux, des tumeurs malignes de la vessie, soit
par aiguillage radifère, soit par cystectomie totale et de l'extrophie
vésicale par l'opération de Coffey 1re manière.

Organes génitaux masculins. A ce chapitre nous avons noté un travail d'ensemble sur la
thérapeutique des cancers de la verge (10 cas) l'auteur restant fidèle
au traitement chirurgical en deux temps, amputation souvent par-
484 tielle de la verge et adénectomie secondaire au bout de deux à trois
493 semaines ; une étude riche d'humour sur le panaffinome de la verge
540 et son traitement, par plastie cutanée ; une observation rare de
torsion intra-abdominale d'un testicule ectopique cancéreux.

Gynécologie. Comme les urologues, les gynécologues ont leur tribune parti-
culière, aussi la glane des faits gynécologiques sera-t-elle rapidement
effectuée.

302 Un rapport sur le traitement de l'épithélioma du clitoris qui
nous confirme la gravité de ce cancer et la diversité des méthodes
481 thérapeutiques ; un autre travail qui nous rappelle le très mauvais
pronostic des pyométries fermées au cours du cancer du corps de
30 l'utérus et quelques observations rares : hématocèle extra-péri-
23 tonéale pelvi-pariéto-colique gauche, séminome tordu de l'ovaire ;
155 kyste racémeux des ovaires avec torsion du kyste droit.

Chirurgie des membres. La traumatologie et l'orthopédie occupent toujours une place
importante dans nos mémoires ; les orthopédistes moins favorisés
que nos autres collègues spécialisés ne disposant, à part notre Aca-
démie, que de la réunion annuelle de la Société d'Orthopédie pour
y exposer leurs travaux.

Amputations. Nous avons écouté avec intérêt un travail qui nous a précisé
490 pour la première fois les indications et les modalités techniques des
amputations, de cuisse en particulier, par réfrigération (méthode
d'Allen). La réfrigération peut réaliser une anesthésie chirurgicale
mais surtout elle permet la mise en hibernation pour une durée
variable de quelques heures à quelques jours du membre à vitalité
déficiente du fait d'une artérite ou d'un traumatisme ; on peut
ainsi remonter le malade, lui permettre de supporter le choc opé-
ratoire.

268 Le problème difficile du traitement des algies des amputés a fait
249 l'objet d'un rapport important suivi d'une intéressante discussion
opposant les algies proprement dites, aux sensations et douleurs du
322 membre fantôme ; si presque tous repoussent les interventions
342 locales, l'accord est loin d'être fait sur les indications des multiples
480 techniques portant sur le sympathique ou le névraxe : radicotomies,
cordotomies, myélotomies.

Fractures. Des observations assez nombreuses d'enclouage de Kuntscher
165 confirment l'excellence de cette technique pour les fractures fer-
518 mées du fémur ; malgré la pénicilline, son emploi est plus discu-
526 table dans les fractures ouvertes.

A côté de cette importante question qui reste toujours à l'ordre
du jour, nous devons rappeler tout d'abord une étude sur la patel-
lectomie totale pour les fractures de la rotule et une autre sur

l'anatomie pathologique et le traitement des fractures du plateau
tibial externe.

On sait qu'en Amérique certains tendent à pratiquer, pour les
fractures de la rotule, la patellectomie systématique de routine ;
en réalité, chez nous, les résultats du traitement classique, suture 261
ou cerclage, sont très satisfaisants et les indications de la patel-
lectomie doivent rester assez rares.

Dans la seconde question, on précise qu'il s'agit le plus souvent
dans les fractures du plateau tibial externe d'une fracture par sépa- 670
ration accompagnée d'un enfoncement dans l'épiphyse d'un ou de
plusieurs fragments ostéocartilagineux plus ou moins volumineux ;
il faut à la fois relever ces fragments par arthrotomie et reconstituer
par boulonnage l'extrémité supérieure du tibia.

Citons encore dans ce chapitre des traumatismes ostéo-articu-
laires, quelques cas nouveaux, soigneusement classés et épinglés, 116
de luxation du métatarse ; une série d'observations tendant à 117
prouver la tolérance des épiphyses, cartilages de conjugaison, cavités 562
articulaires de l'enfant, à la présence de broches métalliques ; une
étude sur les dégâts osseux provoqués par les explosions de mines ;
un cas de résection diaphysaire du fémur atteint d'ostéite de guerre. 133
Deux observations montrent la possibilité, grâce à une exacte repo- 257
sition, de réhabilitation vasculaire de la tête fémorale, de la tête de 538
l'astragale plusieurs mois après fracture. 536

Chirurgie réparatrice.

Les problèmes de chirurgie réparatrice post-traumatique, qu'il
s'agisse de fractures de guerre ou de fractures de la pratique civile
ont fait l'objet de travaux fort documentés.

Il est actuellement possible, comme l'avaient déjà montré les 473
Américains, de guérir ces terribles ostéites fistuleuses prolongées ;
sous couvert de pénicilline, après mise à plat soigneuse, l'os est
recouvert, grâce à une plastie immédiate cutanée ou cutanéo-muscu-
laire ; quant à la cavité osseuse d'évidement, elle sera comblée, soit
dans le même temps opératoire, soit ultérieurement par des greffes
d'os spongieux, cette méthode assure 83 p. 100 de succès.

Une belle communication basée sur un nombre important 683
d'observations (61 cas), nous apporte les résultats du traitement
chirurgical des pseudarthroses avec ou sans perte de substance du
fémur et du tibia. Si l'enclouage par la méthode de Kunstcher
garde de précieuses indications au niveau du fémur, les greffes
segmentaires associées aux greffes spongieuses, restent comme aupa-
ravant, surtout au niveau du tibia, la méthode de choix.

Les grandes rétractions cicatricielles au dos de la main seront
traitées par la résection des métacarpiens. Une ostéotomie de déro- 120
tation du 5e métacarpien pour main broyée permit à la pulpe de 160
l'auriculaire un contact utile avec l'éminence thénar.

La chirurgie réparatrice des affections non traumatiques des
membres n'a pas été négligée non plus. Vous avez entendu plu-
sieurs communications sur les prothèses perdues : capes de vital- 543
lium ou de résine acrylique, comme matériel d'interposition dans 364
les arthroplasties de la hanche ; sur le remplacement de segments
osseux en résine acrylique également, qui renouvelle et améliore 561
les prothèses d'ébonite utilisées autrefois par Delbet et Robineau.

Signalons pour terminer un beau succès de greffe para-articu-
laire précoce pour coxalgie ; une luxation postérieure de l'épaule 141
datant de la naissance, plusieurs cas de métatarsalgie guéris par 27
résection de fibromes siégeant au niveau des nerfs plantaires, une 627

693 réparation du tendon long-extenseur du pouce au moyen d'un
47 tendon de veau ; l'utilisation du tendon du plantaire grêle dans la
661 plastie tendineuse ; un cas de paralysie obstétricale du plexus brachial
très améliorée par transposition des muscles grand dorsal et grand rond.

J'en ai fini et m'excuse de ce long et laborieux compte rendu.

Je l'ai entrepris comme un pensum, bien persuadé qu'il ne serait d'aucune utilité pour personne ; c'est une erreur, il est très profitable, au moins pour celui qui l'écrit ; il force une fois dans sa vie l'un des nôtres à méditer sur la tâche accomplie durant l'année par l'élite des chirurgiens Français (de Paris, de la province, de l'Union Française) et Etrangers. C'est alors seulement que l'on prend conscience, surtout si l'on est assez étroitement spécialisé, de la grandeur de l'effort accompli dans toutes les branches de notre art, de l'importance des questions abordées et discutées, de la somme des progrès réalisés.

Certes, cette année encore, bien des notions, nouvelles pour tous, étaient déjà faits acquis pour les chirurgiens d'autres pays, nous devons le reconnaître loyalement, même si quelques très rares travaux manifestent à cet égard une certaine discrétion bibliographique et nous ne saurions manifester trop de reconnaissance aux chirurgiens étrangers qui, cette année, à l'occasion de notre congrès de chirurgie, n'ont pas hésité à traverser l'océan avec leur équipe, leur matériel, pour nous faire de magnifiques démonstrations opératoires.

A leur école, nos jeunes collègues, attirés par cette chirurgie d'avant-garde, sont très vite devenus des maîtres.

Courageusement, malgré des difficultés de toutes sortes, sans se laisser rebuter par leurs premiers échecs, ils ont comblé le retard, ils sont maintenant récompensés de leur ardeur, de leur ténacité.

Pour un chirurgien de ma génération, c'est une joie très pure d'assister à leurs belles présentations de malades.

Ces séances de décembre 1947 et de janvier 1948 où ils nous ont présenté une dizaine de cancers de l'œsophage guéris, doivent être marquées d'un caillou blanc ; en les écoutant, je ne pouvais m'empêcher de penser aux grands patrons de ma jeunesse : J.-L. Faure, Tuffier, qui s'étaient attaqués en pionniers à la chirurgie œsophagienne, pulmonaire, vasculaire, et qui, faute de moyens techniques indispensables, anesthésie et réanimation dont nous disposons maintenant grâce à nos amis américains, avaient dû battre en retraite.

Il me reste à remercier tous ceux qui ont facilité ma tâche, vous, mes chers Collègues, notre Président, le professeur Brocq qui a bien voulu me ranger parmi ses amis, notre secrétaire général le professeur Leveuf, que nos vœux accompagnent au cours de son voyage aux U. S. A., et à souhaiter la bienvenue à notre nouveau secrétaire annuel Pierre Oudard.



Edmond DELORME

(1847-1929)

Photographie prise vers 1904, alors qu'il était Directeur de l'École d'application du Val-de-Grâce.

EDMOND DELORME

(1847-1929)

par M. HENRI ROUVILLOIS, ancien président de l'Académie.

La déception que vous éprouvez, sans doute, de ne pas voir, aujourd'hui, notre Secrétaire général à sa tribune habituelle, n'a d'égale que ma confusion de m'y trouver à sa place. Cet honneur, que je n'ai pas sollicité, je le dois à notre Bureau, qui m'a demandé de vouloir bien, cette année, me substituer au Secrétaire général pour prononcer l'éloge d'Edmond Delorme, au cours de notre séance solennelle de janvier, consacrée par la tradition au souvenir de nos collègues disparus. J'hésitai, dès l'abord, à accepter cette offre flatteuse, mais mon hésitation fut de courte durée, car il m'apparut que je ne pouvais me dérober au devoir de saluer la mémoire de celui qui fut, à la fois, un des grands Présidents de notre Compagnie, et un des plus éminents représentants de la médecine militaire.

Qu'il me soit permis de souligner, d'ailleurs, que l'année qui vient de s'écouler, est celle du centenaire de sa naissance. Cette commémoration a déjà fait l'objet de deux manifestations solennelles, l'une en août 1947, à Lunéville, sa ville natale, et l'autre, en décembre dernier, à la Société de médecine militaire française, au Val-de-Grâce. Il est donc très heureux que, à cette occasion, l'Académie de Chirurgie fasse entendre sa voix, pour honorer le souvenir de son ancien Président.

Je n'ai connu Ed. Delorme qu'à la fin de sa carrière, qui coïncidait avec les débuts de la mienne. Je suis donc trop jeune pour avoir été son élève. Je n'en suis que plus libre pour parler de lui en toute indépendance.

Mes maîtres Sieur et Toubert, qui l'ont connu mieux que moi, ont bien voulu rassembler à mon intention souvenirs et documents pour me les communiquer : je les en remercie.

Mes remerciements vont également à sa fille, Mme Billet, qui m'a très aimablement confié la précieuse documentation qu'elle possède sur la vie de son père. C'est dans ces conditions, que je vais essayer de faire revivre devant vous cette grande figure du passé.

*
* *

Edmond Delorme est né à Lunéville le 2 août 1847.

Son père était un humble tourneur en bois, fabricant de chaises, et sa mère une couturière travaillant à la journée. Son grand-père paternel était, lui aussi, un modeste ouvrier qui mourut assez jeune. Son grand-père maternel avait fait toutes les campagnes de l'Empire. En 1847, il était concierge du Magasin à fourrages de Lunéville : c'est là qu'Ed. Delorme est né.

Son père, totalement illettré, avait trop souffert de cette infériorité pour ne pas tenir à ce que son fils fréquentât l'école dès son plus jeune âge, tout en le dirigeant dans l'exercice de travaux manuels délicats. Le jeune écolier franchit les petites classes en donnant l'impression d'un enfant intelligent, doué d'une bonne mémoire, mais turbulent et dissipé. Il ne donna satisfaction que

pour l'écriture et le dessin, ce qui lui valut des récompenses qui ne suffisaient pas à satisfaire l'amour-propre de ses parents.

A l'âge de dix ans, il entrait au collège. Il y fut noté, durant les premières années, comme un élève léger, plus occupé à illustrer ses livres avec les caricatures de ses professeurs qu'à se livrer à l'étude. Il passa néanmoins sans difficulté les épreuves du baccalauréat ès lettres, ce qui posait pour lui la délicate question du choix d'une carrière. C'est alors qu'il affirma à ses parents son désir d'être peintre, projet qu'il caressait d'ailleurs depuis longtemps : ce fut pour eux un véritable désespoir.

Il finit néanmoins par suivre les conseils d'un officier, ami de sa famille, qui l'engagea à se préparer au concours d'entrée à l'Ecole du Service de santé militaire de Strasbourg. Il s'y présenta et fut reçu en 1866. Il n'en conservait pas moins un grand regret de n'avoir pu consacrer toute sa vie au dessin et à la peinture, qu'il n'abandonna, d'ailleurs, jamais totalement.

Reçu dans un bon rang, il espérait jouir d'une bourse entière. Il n'obtint qu'une demi-bourse, dont sa famille ne put acquitter les frais. Ceux-ci étant demeurés impayés, il dut, par la suite, régler cet arriéré par des prélèvements mensuels de 50 francs sur sa solde, combien modique, d'aide-major de 2e classe. Dès cette époque, l'administration prévoyante savait se montrer l'inflexible gardienne des intérêts de l'Etat !

La guerre de 1870 le prit comme élève de quatrième année, n'ayant pas encore soutenu sa thèse de doctorat. Il fut, comme tous ses camarades, envoyé dans les hôpitaux de la frontière du Nord-Est.

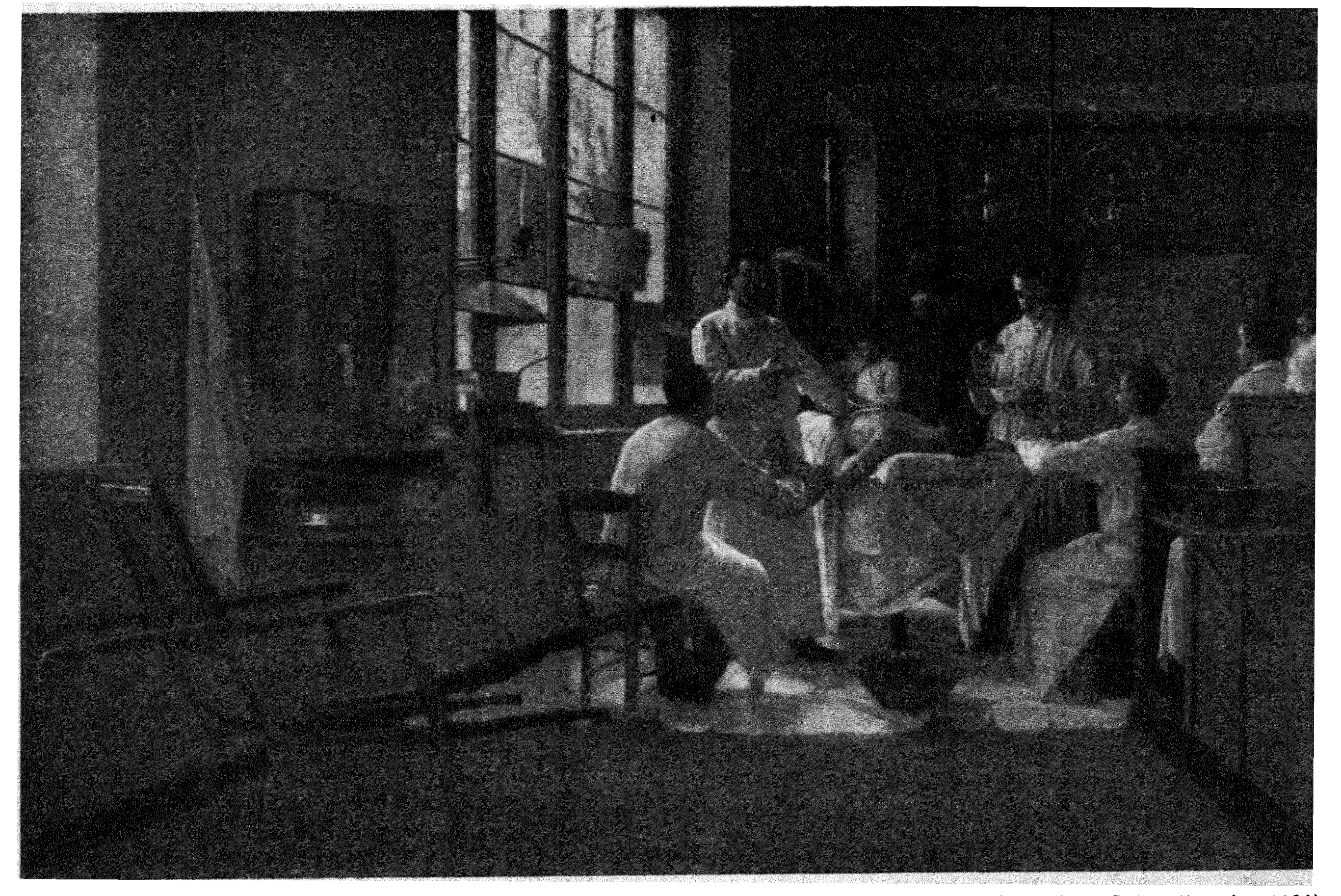
L'hôpital militaire de Givet lui fut assigné. Il eut à y soigner un grand nombre de blessés évacués de Sedan. C'était le règne de la pourriture d'hôpital et de l'infection purulente. Le souvenir de cette période douloureuse ne devait jamais le quitter.

Mais, bientôt, se considérant comme « embusqué » dans cet hôpital, il demanda, et obtint, d'être attaché comme aide-major à un bataillon de mobiles des Ardennes, auquel s'en joignirent peu après deux autres ; il devenait ainsi, par la force des choses, le seul médecin de cet important groupement.

C'est dans l'exercice de ces fonctions, qu'il eut l'occasion, à Busigny, de faire sa première amputation de cuisse, dans des conditions qui méritent d'être rappelées. Un cavalier ayant été atteint de broiement de la jambe, il se préparait à pratiquer l'amputation du membre, lorsqu'arriva dans la ferme où le blessé avait été transporté, un médecin-major de francs-tireurs auquel, par déférence, il offrit de tenir le couteau. Le médecin-major, heureusement, se récusa, et consentit simplement à lui servir d'aide. Un infirmier donna le chloroforme, un autre comprima la fémorale, et notre jeune chirurgien, à la lueur d'une chandelle, pratiqua une amputation circulaire qu'il dut terminer seul, car, à la vue du sang, son aide improvisé s'affala en syncope. Delorme eut la joie de retrouver, quelque temps après, son opéré guéri, béquillant à St-Quentin. Quant au médecin-major de francs-tireurs, il apprit plus tard qu'il était, en réalité, un élève vétérinaire de seconde année !

Cet intermède opératoire resta isolé. Notre jeune aide-major, en effet, eut surtout pour mission d'évacuer de nombreux varioleux et d'assurer, avec des moyens de fortune, l'évacuation des grands blessés sous les ordres du Médecin Inspecteur Louis Laveran, père d'Alphonse Laveran, et du Médecin-major Baudouin, qui devait devenir le père de l'ancien Doyen de notre Faculté de Médecine. Ce fut une rude et profitable école pour notre futur chirurgien d'armée.

Quelques mois après l'armistice, il fut appelé à servir à l'hôpital militaire de Lille. Mais la menace de licenciement d'une partie de l'armée le ramena à la peinture, qu'il n'avait abandonnée qu'à regret. C'est alors, qu'utilisant ses loisirs, il travailla si bien à l'Ecole des Beaux-Arts de Lille, qu'il fut classé premier dans un concours, et mis en rapport avec Carolus Duran qui lui promit de l'accueillir dans son atelier, s'il venait à Paris. Mais, rappelé bientôt au



Le Professeur Delorme décrivant la décortication pulmonaire aux médecins stagiaires du Val-de-Grâce (janvier 1894).

Tableau de Mlle Marguerite Delorme. Salon de 1898.

Val-de-Grâce, le jeune Delorme fut pris dans un engrenage dont il ne put se dégager ; dès lors, il devait renoncer définitivement à être peintre.

Après avoir passé ses premiers examens, puis sa thèse, et accompli son stage à l'Ecole d'application, il fut dirigé, à la fin de 1871, sur l'Algérie. Il choisit la province de Constantine, parce qu'elle était la plus pittoresque et il n'oublia pas d'emporter avec lui, dans ses cantines, ses crayons et ses pinceaux.

Il était depuis peu à l'hôpital de Constantine, lorsqu'il fut détaché à l'hôpital thermal d'Hammam Meskoutine, où étaient traités de nombreux tirailleurs algériens blessés de guerre, dans un cadre des plus curieux, au milieu des ruines de bains romains, à proximité de l'ancienne cité de Tibilis. Aussi, lorsque, quelques mois plus tard, il rejoignit Constantine, il revint avec une ample moisson d'intéressantes observations, mais aussi de dessins et de peintures représentant les types arabes les plus variés, des sites agrestes avec de hautes montagnes boisées, sans oublier les portes et les remparts de Tibilis. A son retour, son médecin-chef, qui pressentait en lui un sujet d'élite, lui exprima ses regrets de le voir ainsi disperser ses efforts, et finit par le décider à préparer le concours d'agrégation du Val-de-Grâce. Le jeune homme se laissa convaincre et, dès ce moment, se mit délibérément au travail.

Il commença, à l'amphithéâtre de Constantine, des dissections menées de front avec des études livresques, lorsque les accès d'une fièvre intermittente grave qu'il avait contractée à Hammam Meskoutine le forcèrent à revenir en France.

Affecté tout d'abord à Rambouillet, puis à Versailles, il passait une grande partie de ses journées à l'amphithéâtre, où il trouvait les éléments de nombreuses dissections, voire de médecine opératoire. Entre temps, il fréquentait, à Paris, les services de chirurgie et notamment ceux de l'hôpital Necker, le plus voisin de la gare Montparnasse. C'est ainsi qu'il suivit les services de Desormeaux, de Guyon, de Le Dentu, de Paul Broca, et de St-Germain. Sur ces entrefaites, il fut affecté à la Garde républicaine, ce qui lui permit de fréquenter plus facilement encore les services des hôpitaux, parmi lesquels il affectionnait particulièrement ceux de A. Guérin, de Verneuil, de Richet et de Léon Labbé, ne se doutant guère, à ce moment, qu'il deviendrait, à l'Académie de Médecine, le collègue de la plupart d'entre eux.

Un concours d'agrégation s'ouvrit en février 1877. Deux places étaient à pourvoir. Treize candidats se présentèrent. Delorme était le plus jeune d'entre eux. Le jury dut reconnaître son incontestable supériorité et il fut nommé.

Il obtenait enfin la consécration officielle de son travail. Il allait, à l'âge de trente ans, trouver un milieu propice aux travaux personnels que sa nature lui faisait désirer et rechercher et, à défaut d'une rémunération élevée, le souci de l'existence matérielle lui était enlevé.

Il entre désormais dans la période véritablement active et fructueuse de sa carrière, et en franchit rapidement les étapes, à la fois dans la hiérarchie militaire et dans les Sociétés savantes.

A partir de ce moment, nous le voyons se consacrer passionnément, avec un égal succès, à la chirurgie, à l'enseignement, aux recherches scientifiques et à ses devoirs militaires. C'est dans l'exercice de ses activités multiples qu'il convient de le présenter et de le suivre.



Pour apprécier à sa juste valeur le rôle chirurgical de Delorme, il est nécessaire de se reporter, par la pensée, à l'époque de ses débuts. Ceux-ci coïncident avec l'avènement de l'antisepsie, dont Lucas Championnière s'était fait l'ardent propagandiste.

Or, lorsque Delorme fut nommé agrégé, en 1877, il fut bien chargé de

l'enseignement de la médecine opératoire, mais il fut jugé trop jeune pour être mis à la tête d'un service de chirurgie, ce qui lui permit, tout en utilisant les ressources de l'amphithéâtre dont il disposait, de fréquenter assidûment les hôpitaux, comme il n'avait pas manqué de le faire lorsqu'il était candidat. Il devint alors très vite un disciple fervent de Lucas Championnière, dont la méthode était loin, d'ailleurs, d'avoir encore reçu un accueil unanime. Aussi, s'empressa-t-il de l'appliquer, lorsque, à l'expiration de son temps d'agrégation il fut mis, en 1883, à la tête du service de chirurgie de l'hôpital St-Martin. aujourd'hui hôpital Villemin. Nous devons donc reconnaître à Delorme le grand mérite d'avoir été le premier à introduire l'antisepsie dans nos hôpitaux militaires, vis-à-vis desquels il a joué le même rôle bienfaisant que Lucas Championnière, dans les hôpitaux de l'Assistance publique. Il est juste de remarquer que, comme lui, il se heurta à des résistances administratives, dont il triompha, grâce à sa volonté tenace, qui parvint à briser tous les obstacles.

Insignifiant avant son arrivée, le service de chirurgie de cet hôpital prit bientôt une extension inconnue jusque là. D'autre part, l'hôpital St-Louis était trop près pour que Delorme perdît l'occasion d'en suivre les services, et d'assister aux interventions chirurgicales. Là, étaient réunis Duplay, Le Dentu et Péan. Celui qui l'attirait le plus était incontestablement Péan, dont il admirait la maestria opératoire, au cours des interventions les plus longues et les plus difficiles. Il ne se doutait certes pas, à ce moment, qu'il aurait plus tard à s'inspirer de ces souvenirs, pour prononcer un discours sur sa tombe, et, plus tard encore, au centenaire de l'Académie de Médecine, à l'opposer à Dupuytren comme un des plus remarquables chirurgiens français du XIXe siècle.

La nomination de Delorme, en 1887, comme professeur de chirurgie de guerre et de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce, le mettait à la tête d'un service riche en malades, mais qui ne possédait pas encore de salle d'opérations digne de ce nom. Les interventions chirurgicales étaient pratiquées dans l'unique amphithéâtre servant à tous les professeurs ; parfois même, les malades étaient opérés dans leur lit, après évacuation préalable de la salle. Il est superflu de dire que les résultats en étaient peu encourageants : l'infection était la règle et le pus bleu régnait en maître.

Dès l'arrivée de Delorme, tout change. A force de ténacité et de démarches réitérées, il obtient que l'amphithéâtre de cours lui soit exclusivement réservé, et l'aménage peu à peu, pour le transformer en salle d'opérations. Marguerite Delorme, sa fille aînée, peintre de talent, élève de Luc-Olivier Merson, a représenté, en un tableau fort curieux, cette salle dont les trois quarts étaient occupés par des gradins en amphithéâtre. Dans le quart restant, on y voyait la table d'opérations, des étagères et des tables avec des récipients contenant des solutions antiseptiques polychromes, un lavabo mural en cuivre rouge, des tabourets et un tableau noir. Un vieux sergent rengagé était le grand maître de la salle d'opérations, la tenait remarquablement propre et s'occupait des instruments : Delorme l'avait en haute estime. Avant chaque intervention, le plan opératoire était inscrit au tableau, temps par temps, à l'intention des élèves qui, des gradins, pouvaient suivre l'opération.

Delorme, dès cette époque, avait réalisé une antisepsie quelque peu évoluée. En 1891, on se lavait au savon, le spray était peu employé. Le sublimé tendait à remplacer l'acide phénique et on faisait bouillir longuement les instruments et les champs opératoires ; l'iodoforme parfumait les pansements.

Delorme opérait avec élégance et méthode, les mains nues, mais ne touchait la plaie opératoire qu'avec les instruments, jamais avec les doigts. Il avait, tout naturellement, ses hommes de confiance pour l'aide opératoire et pour l'anesthésie. Nos collègues Toubert, ancien professeur au Val-de-Grâce, et Le Fort, ancien professeur à la Faculté de Lille, ont été de ceux-là, ainsi que le Dr Gasser, ancien maire et sénateur d'Oran, aujourd'hui doyen d'âge du Conseil de la République : la confiance de Delorme était bien placée.

C'est dans ce milieu modeste que, pendant dix ans, il a mené à bien les opérations chirurgicales les plus variées, depuis les plus simples jusqu'aux plus délicates et les plus compliquées.

Comme il l'a dit dans un de ses écrits : « Trop présent était le souvenir des « dangers auxquels, la veille, exposaient les interventions les plus simples, pour « que l'acceptation des opérations nouvelles ne rencontrât pas de fortes résis- « tances. Dans un milieu encore mal préparé et mal pourvu, il fallait chaque « jour allier la prudence à la hardiesse pour préparer l'adoption de ces interven- « tions : résections, trépanations, laparotomies, excisions veineuses et de tant « d'autres qui rentrent aujourd'hui dans le cadre de la chirurgie journalière, « et qu'on considérait, alors, comme nouveautés dangereuses. Dangereuse elle « aussi, et regardée comme opération de complaisance, était la cure radicale de « la hernie. Je dus y recourir chez des centaines d'opérés, multiplier statistiques « et mémoires, pour qu'on s'y adresse. »

Au lit du malade, Delorme savait remarquablement enseigner. Les « entrants » étaient interrogés devant lui, et il orientait le stagiaire d'un mot bien placé. Il exigeait des examens complets. Pour les traumatismes articulaires, par exemple, il ne manquait pas d'insister sur l'exploration systématique et détaillée du squelette et de chaque ligament. Pour les fractures, il faisait rechercher, à la pointe du crayon, les points douloureux révélateurs de fissures. La découverte des rayons X a rendu inutiles tous ces procédés de recherche, mais ils soulignent le souci constant de précision qui le guidait, aussi bien dans ses examens que dans ses interventions. Tous les stagiaires qui ont suivi cet enseignement en ont conservé une profonde empreinte.

Si, pour l'enseignement de la clinique chirurgicale, Delorme disposait d'un nombre de malades suffisant, il n'en était pas de même pour celui de la chirurgie de guerre. A part, en effet, quelques invalides ou mutilés des guerres coloniales, il ne disposait que de quelques pièces d'autopsie d'anciens blessés de guerre, déposées au musée du Val-de-Grâce. Aussi, en était-il venu à l'expérimentation cadavérique, c'est-à-dire aux tirs sur le cadavre. Ceux-ci remontaient d'ailleurs à Antoine Louis, secrétaire perpétuel de l'Académie de Chirurgie sous Louis XV, qui les avait conseillés ; Percy et Larrey, sous l'Empire, ainsi que Baudens, sous Louis-Philippe, y avaient eu recours. Delorme rendit cette expérimentation plus scientifique en utilisant des cartouches à charges réduites, mathématiquement calculées. Son stand de tir était situé le long du mur du boulevard du Port-Royal, et les détonations n'étaient pas sans impressionner parfois les habitants du quartier.

Les lésions cadavériques ainsi produites étaient vérifiées par la dissection des pièces, dont les plus démonstratives étaient utilisées au cours de chirurgie de guerre.

Le Delorme du cours magistral était différent de celui de l'hôpital ou du laboratoire. Le cours avait lieu devant les soixante élèves de la promotion, réunis au grand amphithéâtre. Chaque cours était présenté comme un tableau de maître, avec un fond, des plans secondaires et un premier plan, le tout élégant, harmonieux et artistique. Delorme parlait sans notes, d'une voix nuancée, claire, lente, dans un style net, pur et soigné. Il forçait l'attention : dessins au tableau, impeccables ; présentation de pièces fraîches ou à l'état de squelette. On écoutait, on prenait des notes et Delorme, ultérieurement, vérifiait les cahiers et les annotait. Des médecins de la garnison venaient bénévolement à ces cours, ce qui est peut-être le plus bel éloge qui puisse en être fait.

Parvenu au terme de son enseignement au Val-de-Grâce, Delorme put continuer l'exercice de la chirurgie, successivement dans trois hôpitaux différents : l'hôpital du Camp de Châlons, celui de Versailles et celui de Vincennes.

Nous le voyons, dans chacun d'eux, réorganiser les locaux opératoires, le plus souvent sans attendre les autorisations et les crédits nécessaires. La réputation qu'il avait acquise lui attirait de nombreux malades qui donnèrent aux services

de ces hôpitaux un regain inaccoutumé, jusqu'au moment où son accession aux étoiles l'obligea, à cinquante-six ans, à abandonner l'exercice de la chirurgie active, qui lui avait valu les plus belles satisfactions de sa carrière militaire et les plus hautes récompenses dans les milieux scientifiques. Membre de notre Compagnie depuis 1892, et de l'Académie de Médecine depuis 1897, il devait, par la suite, présider l'une et l'autre, en 1913 et en 1919.



L'œuvre de Delorme se confond avec sa vie tout entière, au cours de laquelle il a laissé, par son action personnelle, autant que par ses écrits, une trace profonde et durable.

Mais, l'homme d'action qu'il a été pendant toute sa carrière se doublait d'un chercheur, d'un érudit et d'un artiste qui a laissé une œuvre écrite d'une telle ampleur que je n'ai pas l'intention de l'analyser ici. Je me contenterai d'en extraire l'essentiel.

En *chirurgie générale*, ses premières recherches, dès le début de sa carrière, l'ont amené, à propos du traitement des hémorragies et des phlegmons de la paume de la main et du pied, à faire une étude d'ensemble sur les artères de la paume de la main, en particulier les artères profondes, et les artères de la plante du pied. Ce mémoire, accompagné de dessins magnifiques, dus au crayon de l'auteur, est aujourd'hui classique.

Mais, la partie maîtresse de son œuvre chirurgicale repose sur deux idées qui sont sœurs, la décortication du poumon et la cardiolyse cardio-péricardique qui, toutes deux, après avoir donné pendant longtemps l'impression d'être de la théorie pure, sans intérêt pratique, se sont avérées fécondes dans leurs résultats.

C'est au Congrès français de chirurgie de 1893 que Delorme, dans un mémoire de quatre pages, fit la communication intitulée « Contribution à la chirurgie de la poitrine », qui eut, à l'époque, un certain retentissement.

Dans ce travail, il décrit comment, dès 1892, en opérant un malade présentant un abcès froid volumineux de la paroi thoracique, avec un diverticule profond, il l'avait abordé en taillant et rabattant un large volet à charnière externe, et avait pu disséquer la plèvre pariétale épaissie, ainsi que la paroi de la poche qui recouvrait le poumon. La plaie guérit. Le résultat définitif fut parfait.

Cette intervention avait été pour lui riche en enseignements. En lui montrant l'excellence de son volet à charnière externe pour la découverte des organes intrathoraciques, elle lui avait permis, tout naturellement, d'en recommander l'emploi pour aborder le cœur et le poumon, dans les cas de blessures de ces organes. Mais ce qu'elle lui avait surtout révélé, dans le cas particulier, c'était la facilité avec laquelle le poumon avait pu être libéré de la fausse membrane qui le recouvrait. De là à se demander si le même procédé ne pouvait être utilisé pour l'oblitération de vastes cavités consécutives aux opérations d'empyème, il n'y avait qu'un pas. Une épreuve à l'amphithéâtre sur un sujet pleurétique, passible de la décortication, lui en ayant confirmé la facilité, Delorme en fixa la technique, qu'il décrivit au Congrès de 1893 et attendit l'occasion de la pratiquer sur le vivant. Elle se présenta quelques mois plus tard, et il obtint un résultat immédiat remarquable. Après avoir débarrassé le poumon de sa coque épaisse et inextensible, il le vit se précipiter follement vers la paroi et dépasser même le niveau de la brèche pariétale. Malheureusement, il s'agissait d'un tuberculeux qui succomba, quelque temps après, aux progrès de son affection. Il n'en reste pas moins vrai que ce cas faisait date, et avait pu servir à établir la possibilité de la décortication pulmonaire, et à fixer l'attention sur elle.

Cette intervention, d'abord appliquée dans des cas d'empyème chronique trop anciens, sur des malades fatigués, acquit, dès le début, la réputation d'être choquante et meurtrière, et fut, de ce fait, progressivement abandonnée.

Reprise au cours de la guerre 1914, chez des blessés de poitrine, pratiquée sur des sujets jeunes atteints d'hémothorax traumatiques compliqués, elle devait donner de beaux résultats.

Mais c'est surtout au cours de la guerre récente que les progrès de l'anesthésie en chirurgie thoracique, ainsi que la réanimation pré- et post-opératoire, allaient offrir aux chirurgiens anglo-saxons des conditions éminemment favorables pour tirer de la méthode, devenue ainsi inoffensive, tous les avantages qu'en attendait son inventeur.

Appliquée précocement, sur un sujet résistant et bien préparé, la décortication du poumon occupe aujourd'hui une place prépondérante entre la thoracoplastie et l'aspiration pleurale, dans le traitement des pleurésies purulentes traînantes. Elle est devenue d'actualité et marque un progrès notable dans le traitement des empyèmes.

Il nous faut donc admirer sans réserve ce chirurgien, qui, dès 1892, sans autre guide que lui-même, avec des moyens matériels rudimentaires, n'avait pas craint d'ouvrir la poitrine par un large volet permettant d'intervenir directement sur les organes intrathoraciques, soit pour pratiquer leur hémostase, soit pour lever les obstacles s'opposant à leur libre fonctionnement. Le volet de Delorme et la décortication pulmonaire qui porte également son nom, font partie des opérations audacieuses et bienfaisantes qui ont vu le jour dès la fin du XIXe siècle.

La libération du poumon dans les empyèmes chroniques ne tarda pas à faire naître, dans l'esprit de Delorme, une idée analogue pour libérer le cœur, dans certaines péricardites constrictives, en détruisant les adhérences cardio-péricardiques qui font obstacle à sa mobilité.

Il en eût l'idée, peu après Weill, de Lyon, en 1895, et déposa, dès cette époque, un pli cacheté à l'Académie de Médecine, en attendant que l'occasion de pratiquer cette intervention s'offrît à lui. Après avoir vainement attendu pendant trois ans, il se décida, en 1898, à publier à la Société nationale de Chirurgie une note intitulée : « Sur le traitement chirurgical de la symphyse cardio-péricardique ». Bien que n'ayant pas eu l'occasion d'intervenir sur le vivant, il en précisa le manuel opératoire d'après des exercices cadavériques. Cet appel n'ayant pas eu un écho suffisant, Delorme entreprit une sorte de croisade à la Société Médicale des Hôpitaux et dans plusieurs publications, dont l'ensemble représente un véritable volume, abondamment illustré par lui, et dont la lecture intéresse à la fois le clinicien et l'opérateur.

Mais, si son idée n'avait pas fait d'adeptes en France, par contre, elle avait paru très séduisante aux chirurgiens allemands et américains qui l'exploitèrent et la complétèrent en pratiquant des résections plus ou moins étendues du péricarde pariétal et du péricarde viscéral, pour aboutir à une véritable décortication du cœur. A l'heure actuelle, nous assistons à l'essor de cette chirurgie délicate, qui nécessite la collaboration intime du cardiologue et du chirurgien : chirurgie difficile, sans doute, mais dont l'efficacité, dans des cas bien déterminés, est aujourd'hui démontrée, et dans laquelle Delorme a eu le grand mérite de jouer le rôle d'un précurseur.

Faisant cortège aux travaux que je viens de rappeler, il en est de nombreux autres qui, marqués au coin d'une véritable originalité, mériteraient d'être soulignés. Parmi eux, je me contenterai de rappeler son important mémoire sur « la ponction et l'incision du péricarde », en collaboration avec Mignon.

Il convient de souligner aussi, un travail original, sur le traitement des prolapsus du rectum par l'excision de la muqueuse rectale ou recto-colique. Ce procédé, aujourd'hui bien oublié en France, a été repris récemment en Amérique, par un chirurgien du Massachussetts General Hospital de Boston qui, dans 9 cas, en a obtenu d'excellents résultats, et lui a donné, dans sa publication, le nom de procédé de Delorme !



Si la part que Delorme a réservée dans son œuvre, à la chirurgie générale, est grande, celle qu'il a consacrée à la chirurgie d'armée est plus grande encore.

Or, de même que pour apprécier son rôle en chirurgie générale, il m'est apparu nécessaire de nous reporter, par la pensée, à l'époque de ses débuts, de même, pour juger son œuvre en chirurgie d'armée, il est équitable de préciser les conditions dans lesquelles il a pris contact avec elle. A cet égard, il faut reconnaître que les circonstances l'ont peu favorisé. Moins heureux que les chirurgiens des guerres de la Révolution et de l'Empire, qui ont puisé sur les champs de bataille les éléments de leur expérience et de leurs travaux, il n'a jamais eu l'occasion de donner sa mesure à une période favorable de sa carrière. Il n'a connu la guerre qu'à deux moments de sa vie : tout à fait à ses débuts, en 1870 et 1871, alors qu'il n'était pas encore né à la chirurgie, et tout à fait à fait à la fin, en 1914, alors que sa carrière chirurgicale était pratiquement terminée. Au cours de sa vie active, il n'eût que deux fugitives occasions d'observer quelques blessures de guerre sur le vivant. La première se présenta en 1891, lors de la grève des mineurs de Fourmies, au cours de laquelle il traita sur place 32 blessés atteints de blessures par balles Lebel. La seconde lui fut offerte en 1908, au cours d'une brève mission au Maroc.

Ces faits expliquent comment, pour suppléer à la pratique absente du champ de bataille, il a été amené à recourir à l'expérimentation cadavérique. C'est à cette méthode que nous devons la série de ses beaux travaux sur les effets des projectiles, sur les parties molles, sur les vaisseaux, sur les nerfs, et surtout sur le squelette. Ces études constituent la partie la plus originale de son *Traité de chirurgie de guerre.*

Ce Traité, qui lui a demandé quatorze ans d'efforts, n'est donc pas simplement une œuvre d'érudition, mais un travail qui fourmille d'aperçus et de chapitres originaux, et qui marque une étape dans l'histoire de la chirurgie d'armée. Certes, à l'heure actuelle, il ne présente plus qu'un intérêt rétrospectif ; il n'en conserve pas moins, pour l'historien, une source de documents de premier ordre.

L'œuvre de Delorme, en chirurgie d'armée, paraissait terminée en 1912, époque à laquelle il passait au cadre de réserve et présidait le Congrès de Chirurgie. Dans son discours inaugural, consacré à la chirurgie de guerre, il résumait, dans une esquisse de haute tenue, les raisons pour lesquelles le chirurgien audacieux qu'il avait toujours été, restait, dans la pratique de guerre, partisan d'une thérapeutique simple et conservatrice.

Moins de deux ans après, août 1914, c'était la guerre.

Ce serait mal connaître Delorme que de supposer qu'il allait assister en simple spectateur aux événements qui se préparaient. Il reprend l'uniforme et, dès le 7 août, il obtient des missions d'inspection dans les formations chirurgicales de l'intérieur, rôle dans lequel nous le verrons se dépenser sans compter.

La première manifestation de son activité ne fut pas heureuse. Dès le 10 août, en effet, il crut de son devoir de lancer, du haut de la tribune de l'Académie des Sciences, sa trop fameuse adresse intitulée : « Conseils aux Chirurgiens », dans laquelle il signalait les directives qui semblaient découler de l'expérience des guerres, qui s'étaient succédées dans le monde, de 1891 à 1913. Il concluait aux opérations rares, retardées et pratiquées loin du front pour les blessures, alors de beaucoup les plus fréquentes, dues aux balles dites humanitaires, projectiles relativement peu destructifs, et surtout peu infectants. Or, l'expérience des combats d'août et de septembre 1914 démontra, très rapidement, la grande prédominance des blessures par éclats d'obus, projectiles très destructifs, et surtout très infectants. Delorme comprit alors la nécessité d'un revirement intégral et, six semaines après, le 28 septembre 1914, dans un bel élan de probité scien-

tifique, il faisait à l'Académie des Sciences, une deuxième communication, dans laquelle il transformait en totalité ce qu'il avait préconisé dans ses « Conseils aux Chirurgiens ». Au lieu de réserver la chirurgie à l'arrière, il conseillait alors de la transporter en avant, et il concluait : « à situation nouvelle, dispositifs nouveaux ».

Malheureusement, sa première publication avait suscité des critiques extrêmement violentes auxquelles firent bientôt écho tous ceux qui avaient eu à se plaindre de son caractère intransigeant.

Or, il nous est possible aujourd'hui, c'est-à-dire trente ans après, d'examiner les faits avec calme et impartialité. N'était-il pas injuste de lui reprocher de n'avoir pas deviné l'emploi presque exclusif d'une artillerie de plus en plus puissante, ainsi que l'usage croissant des grenades à main ?

Sans doute, en 1912 et 1913, la guerre des Balkans avait attiré l'attention sur les blessures par éclats d'obus, mais leur nombre restait encore très inférieur à celui des blessures par balles. Il l'était tellement que le professeur Laurent, de Bruxelles, dont Delorme avait d'ailleurs rapporté les communications à l'Académie de Médecine, pouvait écrire encore, à la fin de 1913 : « C'est la balle de fusil qui met le plus d'hommes hors de combat ; la balle de fusil est la reine de nombreuses batailles ».

Dans ces conditions, si nous nous reportons en 1914, les directives que Delorme donnait, le 10 août, dans ses *Conseils aux Chirurgiens* et dans son petit *Précis de chirurgie de guerre,* pouvaient paraître, en partie, justifiées.

On ne peut donc reprocher au chirurgien, averti des guerres de son temps, de n'avoir pas deviné ce que seraient celles de l'ère nouvelle ; ne pensons-nous pas d'ailleurs, que si, dans un proche avenir, la folie des peuples et des hommes devait nous amener à un nouveau conflit, il serait également injuste de nous reprocher, à nous, de n'avoir pas deviné ce que sera la pathologie d'une guerre atomique !

Quoi qu'il en soit, le coup porté par la note du 10 août ne fut que très partiellement atténué par le correctif du 28 septembre, et Delorme eût à souffrir d'une violente campagne de dénigrement que n'abattirent, ni sa foi, ni son obstination. Il continua donc ses inspections, ce qui lui fournit les éléments de nombreuses observations publiées pendant et après la guerre.

La liste de ces publications est véritablement impressionnante et témoigne que son activité n'était pas ralentie par l'âge. De ses nombreux travaux, je ne retiendrai que ceux qui concernent le traitement des plaies des nerfs, car ils ont donné lieu, en 1915, à des discussions et surtout à des critiques violentes, qui ravivèrent celles qu'il avait déjà subies, quelques semaines auparavant.

Dès le mois de janvier 1915, il exposait à l'Académie des Sciences et à l'Académie de Médecine, les principes qui servaient de base à sa pratique. Il précisait, notamment, qu'il était nécessaire, dans les sections nerveuses, de mettre les deux extrémités du nerf en présence, après avoir, par une large excision, retrouvé des zones saines, par des sections successives, chaque fois que la nécessité s'en faisait sentir. Mais le sacrifice était parfois très grand, et les deux extrémités du nerf ne pouvaient être rapprochées. Pour y parvenir, il libérait très loin le tronc nerveux, faisant, au besoin, mettre en forte flexion les segments du membre intéressé et terminait par une sorte de suture forcée.

Cette pratique fut vivement combattue comme antiphysiologique et brutale et donna lieu, pendant plusieurs mois, à des critiques extrêmement acerbes. Ces critiques ne s'adressaient d'ailleurs pas seulement à lui, mais au Service de Santé militaire tout entier, dont l'organisation apparaissait défectueuse. Delorme, avec un courage et une ténacité admirables, tint tête à l'orage. Le verdict du temps devait lui être favorable.

Dès 1918, en effet, au cours des discussions engagées pendant le Congrès français de Chirurgie, nous enregistrons déjà un certain revirement en faveur des idées qu'il avait exposées en 1915. Mais voici que, récemment, Seddon, au

Congrès de 1946, en nous apportant le résultat de l'immense expérience d'Oxford, est venu préconiser la suture bout à bout comme l'idéal dans les grandes pertes de substance ; pour y parvenir, il ne craint pas de conseiller la libération au loin des segments nerveux et la mise en flexion du membre pour rapprocher les extrémités du nerf et permettre ainsi la suture directe. En écoutant Seddon, m'a dit mon ami Leriche, il me semblait entendre Delorme. Les idées étaient les mêmes, mais l'atmosphère était changée. En passant la Manche, elles avaient pris, en 1946, un parfum de vérité et de bon sens qui n'avait pas été reconnu à Delorme en 1915.

Il est de la plus stricte loyauté de reconnaître que, là encore, il avait vu juste.

Qu'il s'agisse des nerfs, du péricarde ou du poumon, nous ne pouvons nous empêcher de souligner le singulier destin des idées originales et maîtresses qui sont à l'origine de son œuvre. Négligées ou critiquées chez nous dès leur apparition, elles nous sont revenues successivement d'outre-Rhin, d'outre-Atlantique ou d'outre-Manche où elles ont toujours été accueillies avec intérêt, et exploitées avec succès. A l'inverse de ces hommes qui, durant leur existence, ont joui d'une grande faveur et qui, après eux n'ont laissé qu'une trace éphémère, Delorme, au contraire, discuté et critiqué pendant sa vie, a laissé après lui une œuvre durable que le temps a consacrée, et qui fait aujourd'hui partie du patrimoine de la Chirurgie française.

*
* *

La figure du chirurgien, du professeur, du chercheur et de l'érudit, que je me suis efforcé d'esquisser devant vous, doit être complétée par celle du militaire, aspect sous lequel il a été parfois diversement apprécié.

Le Delorme que nous pouvions rencontrer, il y a quarante ans environ, en redingote et en chapeau haut-de-forme, selon la tradition vestimentaire de l'époque, dans le quartier du Val-de-Grâce ou sur le chemin de la Société de Chirurgie, se transformait dès qu'il exerçait des fonctions militaires. Il devenait alors un autre homme. Sa haute stature, la correction de sa tenue, sa physionomie énergique, son visage sévère entouré d'une barbe soigneusement taillée en pointe et sa démarche assurée n'étaient pas sans attirer l'attention. Il aimait les marques extérieures de respect, les manifestations militaires, le panache et les honneurs, et ne s'en défendait pas.

C'est ainsi qu'à l'hôpital, quand il arrivait dans son service, à 7 heures en été, à 7 heures et demie en hiver, les stagiaires et les infirmiers le recevaient à la porte en faisant la haie. A l'amphithéâtre des cours, quand il faisait son entrée, les élèves se levaient en silence. Delorme, en « tenue de jour », comme cela était la règle pour les professeurs de toutes les Ecoles militaires à cette époque, arrivait dans l'hémicycle. Il faisait face à l'auditoire, saluait militairement, retirait képi, gants blancs et épée, et commençait son cours.

Son arrivée et son séjour au Maroc, en 1908, m'a dit notre collègue Toubert, sont restés légendaires. Quand il passa en revue, avec le général d'Amade, les troupes du corps de débarquement, il avait grande allure. Quand il partit en tournée d'inspection des postes du bled, sur son étalon arabe, avec son escorte de saphis, il personnifiait bien, à trois quarts de siècle de distance, le Corps de Santé militaire de la Conquête de l'Algérie dont le duc d'Orléans disait alors : « Ce sont des savants et des soldats ».

Tous ceux qui l'ont connu au cours de ses inspections n'ont pas oublié la rudesse de son contact. Je ne saurais mieux faire, à cet égard, que de rappeler ici le tableau qu'en a tracé notre éminent collègue, Georges Duhamel, dans des pages inoubliables. Il n'est pas possible de mieux décrire, à la fois l'allure et les propos solennels du Médecin Inspecteur Général Delorme, ainsi que l'attitude déférente et résignée de tout le personnel de l'hôpital qu'il inspectait.

Ce n'est pas nuire à sa mémoire que de dire qu'il n'avait rien d'un diplomate.

C'était un soldat. Il avait l'instinct du commandement. Un ordre, pour lui, ne se discutait pas. Il avait les qualités de décision, d'exécution immédiate et de prise de responsabilité totale qui lui ont fait prendre de très heureuses initiatives.

L'une des plus fécondes fut la création, en 1906, de la Société de Médecine militaire Française. Dominique Larrey lui avait montré la voie en fondant, en 1796, une société à laquelle les évènements n'accordèrent qu'une existence éphémère. Il appartenait à Delorme de la faire revivre et de la réanimer, ce qu'il fit avec un plein succès puisque le quarantenaire de cette société a été célébré l'an dernier.

Quelles que soient les étapes de sa vie, quelles que soient les fonctions qu'il ait exercées, quels qu'aient été son grade ou son âge, partout il a su marquer son passage par des initiatives ou par des réformes, dont la plupart ont reçu la consécration de l'expérience. Sans s'occuper de combien il s'écartait des voies de la routine, ou de la tradition, et sans se soucier des obstacles qui, loin de l'arrêter semblaient au contraire stimuler son énergie, il a su triompher de toutes les difficultés. Sa vie tout entière n'a donc pas été consacrée seulement à l'effort du travail, mais à celui d'une véritable lutte, pour faire triompher les idées qu'il croyait justes, et qu'il défendait avec un admirable courage mis au service d'une inflexible volonté.

Certes, le passage d'un tel homme n'a pas été sans provoquer des heurts d'autant plus violents que son abord était rude, et ses manières quelque peu intransigeantes.

J'ai eu, à ce propos, la curiosité de feuilleter son dossier contenant les notes qui lui ont été données au cours de sa carrière. Leur lecture montre, ou laisse deviner, les luttes qu'il eût à soutenir contre les services administratifs, effrayés des dépenses qu'il engageait sans autorisation, et aussi, contre certains de ses supérieurs, qui essayaient en vain de modérer l'intransigeance de son caractère et la fougue de son activité. Nous nous soucions peu, aujourd'hui, de ces appréciations : l'homme n'est plus, mais son œuvre demeure.



Contrairement à ce que pourraient penser ceux qui n'ont eu avec lui que de brefs contacts à l'occasion du service, Delorme cachait, sous des apparences de rudesse et de sévérité, une réelle sensibilité et une très grande bonté, non seulement dans l'intimité de sa famille, mais aussi vis-à-vis de ses malades, de ses élèves et de ses amis.

En 1873, à son retour d'Algérie, il s'était marié avec celle qui a été pour lui une compagne admirable de tous les instants, qui a partagé les vicissitudes et les succès de sa vie, et qui, jusqu'au dernier jour, l'a entouré des soins les plus touchants.

L'aînée de ses filles lui procura la joie de devenir une artiste de talent ; membre de la Société des Artistes français, elle fut maintes fois récompensée par l'Institut de France. Delorme fit, à la fin de sa vie, un voyage au Maroc où elle travaillait, et put jouir de la notoriété qu'il y avait acquise.

Son autre fille, devenue Mme Billet, femme de notre collègue, ancien professeur du Val-de-Grâce, puis professeur et doyen de la Faculté libre de Lille, lui a donné cinq petits-enfants qui ont fait la joie de sa vieillesse. Il est mort trop tôt pour avoir eu celle de connaître ses seize arrière petits-enfants. Mme Billet a bien voulu me confier quelques détails touchants sur la vie intime et modeste de ses parents. De ces détails, j'ai surtout retenu celui qui met le mieux en lumière la profonde sensibilité de son père. Le jour où il avait pratiqué sa première décortication pulmonaire, il était rentré chez lui avec un long retard, qui avait plongé toute la famille dans une profonde inquiétude. A peine entré,

et après avoir rassuré les siens, il s'effondra dans un fauteuil et se mit à sangloter d'émotion. Voilà, n'est-il pas vrai, un Delorme inconnu, donnant la preuve d'une réelle sensibilité, qui contraste singulièrement avec la rudesse habituelle qui lui a été si souvent reprochée !

Il était bon pour ses opérés auxquels il ne ménageait pas sa sollicitude. Il s'intéressait à eux quand ils étaient sortis de l'hôpital, et savait, à l'occasion, leur venir en aide ou leur rendre service. Jusqu'à sa mort, il a correspondu avec beaucoup d'entre eux.

Delorme aimait les jeunes. Lui-même, d'ailleurs, jusqu'à la fin de sa vie, a toujours fait preuve d'un esprit juvénile. Impitoyable pour les paresseux. il savait encourager les travailleurs et leur donner son appui. Tous ceux qui l'ont bien connu peuvent en témoigner.

Il avait le plus grand respect pour les vieillards. C'est le moment de rappeler le culte qu'il avait eu pour son père. Il avait assuré ses vieux jours en se rendant acquéreur de la petite maison qu'il habitait et, à sa mort, il avait laissé, par piété filiale, l'atelier paternel en son état primitif.



Lorsque sonna pour lui, à l'âge de soixante-cinq ans, le 2 août 1912, l'heure de son passage au cadre de réserve, il partagea son temps entre le séjour à Paris et le séjour à Lunéville, dans sa propriété de Bonneval-Friscati.

Entre 1914 et 1918, cette propriété fut en partie détruite. Delorme la reconstruisit, grâce à l'abondante main-d'œuvre d'une équipe de prisonniers allemands, dont il assura lui-même la direction.

C'est à cette époque qu'en sa qualité de Président de l'Association des Amis des Arts industriels de Lunéville, il entreprit la création, dans le magnifique château des ducs de Lorraine, d'un musée qui lui demanda plusieurs années de démarches et de formalités de tous ordres. Le musée Delorme est aujourd'hui une des principales curiosités de la ville.

Entre temps, il travaillait à la rédaction d'un ouvrage consacré à l'histoire locale de la région de Lunéville. Dans ce but, il visita, une à une, toutes les communes de l'arrondissement dont il fit, pour chacune d'elles, un inventaire détaillé. En arrivant dans un village, il allait directement à l'église, en discernait immédiatement les parties les plus anciennes, et dessinait au crayon tout ce qui lui paraissait digne d'intérêt. Puis, il rentrait dans les maisons, dessinant, ici, un dessus de porte, là, une statuette. Parfois, lorsque ses allées et venues avaient attiré quelque curieux, il faisait aux habitants, bouches bées, un cours d'histoire locale. Il allait ensuite à la mairie consulter le cadastre, recueillir les noms étranges ou rappelant un fait historique. Rentré chez lui, le véritable travail commençait avec la documentation historique et la critique.

C'est avec ces éléments qu'il publia, en 1927, deux ans à peine avant sa mort, son bel ouvrage sur *Lunéville et son arrondissement*. La documentation historique y est précise et complète. Quant aux nombreux dessins qui en constituent l'illustration, ils sont tous de sa main et il n'est pas exagéré de dire qu'ils sont de véritables petits chefs-d'œuvre.

A Paris où, dans les dernières années de sa vie, il venait de temps en temps, il avait conservé son appartement de la rue Claude-Bernard, auquel il était resté très attaché. Son bureau y était orienté de telle sorte que, de sa fenêtre, une partie du Val-de-Grâce s'offrait à sa vue. Il ne manqua pas de me le faire remarquer, non sans émotion, au cours d'une visite que je lui fis. De ce petit observatoire il pouvait revoir ou reconstituer, par la pensée, le laboratoire d'anatomie où il avait travaillé pendant si longtemps, le service de chirurgie où il avait connu tant de succès, l'amphithéâtre des cours où il avait enseigné, sans oublier le bureau directorial, à l'ombre du dôme dont l'architecture imposante dominait le panorama.

Il ne fréquentait plus guère la Société de Chirurgie. Il revint, en 1924, à l'Académie de Médecine pour lancer un dernier appel en faveur de la cardiolyse dans la symphyse cardiaque. Il y reparut enfin, le 8 janvier 1929, pour y exposer les heureux résultats obtenus dans l'assainissement de sa chère ville natale de Lunéville, à laquelle il consacrait ainsi ses ultimes pensées.

Dix-sept jours plus tard, en effet, le 25 janvier 1929, il était emporté subitement, en pleine vigueur, sans avoir connu la déchéance de la maladie.

Le lendemain, son corps fut transporté au Val-de-Grâce, dans le salon d'Anne d'Autriche, à quelques pas de son ancien service de chirurgie, à quelques pas aussi du cloître de l'ancien monastère des Bénédictines, devenu depuis, le Mémorial de la Médecine militaire.

Après les obsèques, son corps fut transporté à Lunéville où il repose.



Le tableau de la vie du Médecin Inspecteur Général Delorme, que je viens d'esquisser à grands traits, nous met en présence d'une figure incontestablement originale, presque anachronique, qui nous donne l'impression d'appartenir à une autre époque, ce qui n'est pas, d'ailleurs, sans conférer à sa personnalité, un certain caractère de noblesse et de grandeur.

L'ardent effort de sa vie a été passionnément consacré à la médecine militaire, à laquelle il avait voué un véritable culte. Pénétré des lourdes obligations morales qu'impose un long passé, si riche en sacrifices héroïques et en exemples de vertus militaires, il s'est considéré comme l'héritier des grandes traditions, comme un anneau de la chaîne qui le reliait aux chirurgiens de l'Empire. Il n'a pas vécu leur épopée, mais il en a été l'historien et l'admirateur enthousiaste. Il est donc permis de penser que s'il avait vécu à leur époque il eût été un chirurgien militaire de la classe de Dominique Larrey, de Percy ou de Baudens.

Il appartient néanmoins à cette grande lignée ; il en personnifie l'allure et l'esprit et il en représente une fidèle image, modifiée simplement du fait de la différence des époques et des milieux.

S'il n'a pas eu, comme eux, l'occasion de se couvrir de gloire sur les champs de bataille, il a su donner, sur d'autres plans et dans d'autres circonstances, les mêmes preuves de courage, de caractère et d'énergie que ses illustres devanciers.

Dans la période incertaine que nous traversons, où les valeurs spirituelles et morales sont mises en péril par la recherche sans effort des profits matériels, la vie laborieuse, ardente et désintéressée d'un tel homme méritait d'être mise en lumière.

L'Académie de Chirurgie peut être fière d'avoir compté dans ses rangs le fils du petit artisan de Lunéville, qui, seul et sans appui, a su trouver en lui-même l'énergie nécessaire pour devenir à la fois un grand serviteur de la Chirurgie et de la Médecine militaires qu'il a également honorées, de sa petite Patrie dont il a été le fils reconnaissant, et de sa grande Patrie qu'il a passionnément aimée de tout son cœur de Lorrain.

DISTRIBUTION DES PRIX

accordés en 1947 par l'Académie de Chirurgie.

MÉDAILLE LANNELONGUE, prix quinquennal.

(Médaille et 5.000 francs en espèces.)

Le prix est décerné à M. Clarence CRAFOORD (de Stockholm).

PRIX ÉDOUARD LABORIE, annuel.

L'Académie attribue ce prix à M. TRUETA (Oxford), pour son ouvrage écrit en collaboration avec MM. A. BARCLAY, KENNETH FRANKLIN et MARJORIE PRICHARD et intitulé : *Etude sur la circulation rénale.*

PRIX DUBREUIL, annuel. — 400 francs.

L'Académie attribue ce prix à M. Jean CHEYNEL (de Saint-Etienne) pour son travail intitulé : *Recherches sur la physio-pathologie de la hanche.*

PRIX LE DENTU, annuel.

Ce prix est décerné, suivant le désir du testateur, à l'interne en Chirurgie qui a obtenu le prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (Chirurgie) en 1947. Ce prix est décerné à M. MERCADIER.

Séance du 4 Février 1948.

Présidences de M. Pierre Brocq, *président sortant, puis de* M. Louis Sauvé, *président pour l'année* 1948.

CORRESPONDANCE

1° Une lettre de M. Clarence Crafoord (Stockholm) remerciant l'Académie de lui avoir décerné le prix Lannelongue.

2° Une lettre de M. Cheynel (Saint-Etienne), remerciant l'Académie de lui avoir décerné le prix Dubreuil.

3° Une lettre de M. Mercadier (Paris), remerciant l'Académie de lui avoir décerné le prix Le Dentu.

4° Un travail de M. André Coudrain (Saint-Quentin) intitulé : *Ulcère peptique après gastrectomie. Réintervention. Apparition d'un second ulcère peptique*, est versé aux Archives de l'Académie sous le n° 466.

Des remerciements sont adressés à l'auteur.

PRÉSENTATION D'OUVRAGE

M. Henry Deloupy fait hommage à l'Académie de son ouvrage intitulé : *Le Collège Royal de Chirurgie de Nancy*, 1771-1793.

Des remerciements sont adressés au donateur.

Allocution de M. Louis Sauvé, Président pour l'année 1948.

En inaugurant l'entrée en fonctions du bureau de notre Compagnie, je me sens, mes chers Maîtres et Collègues, animé d'une grande reconnaissance vis-à-vis de vous tous qui, à une quasi unanimité, avez bien voulu ne vous souvenir que de votre amitié pour moi, et m'avez choisi, malgré mes maigres mérites, pour successeur d'une lignée de chirurgiens illustres dont les présidences ont grandement honoré cette Académie. Le petit étudiant qui, il y a un peu plus d'un demi siècle, commença sa carrière médicale sans appuis et sans relations, n'eut jamais osé espérer devenir un jour un de vos présidents. Il est comblé de cet honneur ; il vous en remercie profondément.

Je ressens par contre très vivement le poids de la charge qui m'est dévolue. Aujourd'hui, aidé par les conseils de ceux qui m'ont précédé, et comment oublierais-je notre cher président sortant, le professeur Brocq, dont sept années passées à notre Bureau attestent l'estime profonde et méritée que nous lui portons tous ; assisté de notre Secrétaire général, le professeur Leveuf, et du médecin général Oudard, notre secrétaire annuel, je travaillerai avec vous tous en équipe, et avec l'aide de Dieu, je tâcherai de ne pas être trop inférieur à mes devanciers, qui sont pour moi l'exemple le plus précieux.

Et puisque j'ai prononcé le terme de travail d'équipe, il faut que nous tous, mes chers Collègues, nous fassions vraiment un travail d'équipe. N'attendez pas de moi un discours académique sur l'extension et les progrès de la chirurgie. Ce dont je veux vous parler est bien plus terre à terre, mais d'une nécessité bien

plus pressante aussi. Regardez l'ordre du jour de la séance d'aujourd'hui, voyez comme il est chargé, et dites-vous bien qu'en plus de ce qui est ronéotypé sur cette feuille, neuf communications et quarante-trois rapports sont en souffrance, certains d'entre eux depuis le mois de juin. S'il n'est pas porté un prompt remède, et un remède très strict à cette situation, elle deviendra catastrophique, et un embouteillage sans issue se produira.

Certes, pourrez-vous me dire, et non sans raison, ces difficultés sont la rançon du succès et des progrès ; du succès, car cet afflux de travaux témoigne du prestige grandissant de notre Compagnie ; du progrès, car un élément important vient allonger souvent l'ordre du jour ; cet élément, c'est le film chirurgical.

Contre le film chirurgical, agent considérable d'intérêt et d'instruction, non seulement je ne dirai rien, mais je me féliciterai hautement de ce qu'il ait conquis droit de cité parmi nous ; les récents films de Judine et de Patel, et celui que nous allons voir tout à l'heure sur l'opération sensationnelle de Crafoort, prouvent que, loin de restreindre, il faut développer toujours davantage l'usage de ce moyen d'études merveilleux.

Mais il est d'autres facteurs d'encombrement sur lesquels vous et moi devons prendre l'engagement d'agir avec énergie. Permettez-moi d'en signaler deux principaux.

Tout d'abord, les communications imprimées de nos collègues non parisiens, non inscrits préalablement, et qui, pour intéressantes qu'elles soient, n'en bouleversent pas moins l'ordre du jour et prennent la place de celles des orateurs qui, sagement inscrits depuis des mois, voient leur tour rejeté à de lointaines calendes. Contre un tel état de choses, il n'est qu'un remède : le respect intégral de l'ordre du jour. J'adjure nos collègues non parisiens de se faire inscrire six semaines au moins à l'avance pour une date précise ; et je les préviens, avec votre assentiment, que, faute de cette précaution élémentaire, je ne pourrai leur donner la parole. La leur donner à date fixe, après avoir été prévenu est déjà un témoignage de déférence de la part de notre Compagnie ; je suis certain qu'ils seront les premiers à le comprendre.

Le second facteur est la longueur de certaines communications. Certes il n'y a rien à faire contre tel orateur qui occupe à lui seul la tribune pendant plus de la moitié de la séance : aucun article du règlement intérieur ne permet au bureau d'abréger l'exposé d'un travail, et ce serait faire injure aux principes de libéralisme scientifique qui nous animent et auxquels je suis attaché. Mais c'est ici que par votre esprit d'équipe et votre discipline vous pouvez faire beaucoup. Est-il besoin de rappeler que la concision, même élégante, est à la fois la condition et la conséquence de la précision scientifique ; que la prolixité diminue puis supprime l'intérêt et l'audience auprès des auditeurs ; qu'il n'est nul besoin de lire les observations dans tous les détails, hormis les cas exceptionnels d'une technique nouvelle ou d'une séméiologie nouvelle, et qu'enfin ce temps perdu pour tous, est plus spécialement usurpé au détriment de la plupart des orateurs qui, je le reconnais, usent de leur droit sans en abuser. Avec la bonne entente de tous, je veillerai à ce que ni communications, ni rapports n'excèdent une durée raisonnable, et à ce que nous liquidions l'arriéré imposant des travaux en souffrance.

En terminant, je vous rappellerai, mes chers Collègues, combien le Bureau actuel adhère pleinement à la réforme bienfaisante et lumineuse que vous avez du reste votée après l'exposé remarquable que notre ancien et très cher président Louis Bazy, héritier et porteur d'un nom illustre, aux conseils duquel nous sommes toujours heureux d'avoir recours, a fait en comité secret de fin d'année. Cette réforme permettra une plus rapide et profitable accession de chirurgiens plus jeunes à notre Compagnie. Celle-ci, certes, témoigne, à plus de deux siècles de sa création, d'une jeunesse et d'un dynamisme qu'atteste l'abondance des travaux qui lui sont proposés. L'infusion d'un sang plus jeune augmentera encore son dynamisme.

Dans les circonstances incertaines que nous traversons et que le professeur Brocq et moi-même avons traversées il y a trente ans juste en pays étranger, nous aurons tous à cœur de prouver que le travail ordonné est le meilleur remède contre le désabusement découragé, et que, suivant la parole célèbre que je vous rappelais il y a quelques semaines, l'art est le recours de l'homme contre le désordre des choses.

NÉCROLOGIE

Décès de M. Georges Leclerc (de Dijon), associé national. Allocution de M. le Président.

C'est avec tristesse, mes chers Collègues, que je vous fais part du décès du professeur Leclerc, à Dijon. Il était associé national de notre Compagnie depuis 1931. Une lettre de son fils, le Dr Frédéric Leclerc, nous apprend les circonstances pénibles. Georges Leclerc fut frappé d'un ictus à la fin d'une opération, il y a plus de deux mois, comme le soldat à la fin d'une bataille gagnée ; mais la mort inclémente n'acheva pas tout de suite son œuvre, et notre ami traîna cinq semaines encore la triste existence de paralytique, jusqu'à ce qu'un dernier ictus le terrassât, cette fois définitivement, le 28 décembre 1947.

Professeur de clinique chirurgicale à l'école de Dijon depuis 1922, il s'était installé dans cette vieille ville des Ducs de Bourgogne depuis 1906, date à laquelle, à la fin de son internat de Lyon, il fut chargé du service de chirurgie infantile, puis, quatre ans plus tard, de celui de chef des travaux de médecine opératoire à l'Ecole de Médecine de Dijon. Son rayonnement dépassa beaucoup ce centre chirurgical important, et à une époque où il était devenu difficile de se tailler une réputation de grand chirurgien de province, il s'en était fait une.

C'est que Leclerc n'était pas d'une physionomie banale. Dynamique et curieux de tout, ses nombreux travaux l'ont promené de l'anesthésie électrique et de l'anesthésie rachidienne à la chirurgie de guerre, en passant par la chirurgie gastrique, la chirurgie abdominale et la chirurgie pelvienne. Il était le type même du chirurgien général, intéressé par tout, s'occupant de tout. Si les extensions du domaine chirurgical font que ce type devient périmé, pour faire place à celui du spécialiste d'un compartiment chirurgical, plus utile et mieux adapté aux circonstances actuelles, il ne faut pas oublier que c'est le type qui a fait l'illustration des grands chirurgiens français d'il y a un demi siècle. Leclerc en a été un des derniers et intéressants représentants. En votre nom, mes chers Collègues, je m'incline devant ce Collègue mort en chirurgien, et j'adresse à ses enfants et à sa famille les condoléances émues de notre Compagnie.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Contusion importante fermée du bras avec lésion oblitérante de l'artère humérale. Guérison par artériectomie et infiltrations stellaires,

par M. **G. Le Bourhis.**

M. **Rudler** : A propos du rapport que je vous ai fait sur une observation de Bastien, M. Le Bourhis (Marine) nous a adressé une nouvelle et très intéressante observation, que je résume ici :

Homme de trente-trois ans, écrasement du bras droit par une roue de charrette, fracture transversale avec déplacement important de l'humérus droit au tiers moyen. Quelques heures après, l'examen montre une disparition du pouls radial ; infiltration stellaire. Douze heures plus tard, main froide, œdème du membre supérieur. L'intervention montre une thrombose de l'artère humérale à sa partie moyenne sur 2 centimètres, en amont d'une zone « écrasée » ; les veines présentent des lésions identiques. Artériectomie de 4 centimètres. Plâtre. La main reste froide. Une nouvelle infiltration stellaire est faite le soir de l'opération. Dans l'heure qui la suit, réchauffement progressif de la main ; nouvelle infiltration quelques jours plus tard. Le pouls radial est perçu à nouveau huit jours après l'intervention.

L'examen histologique du segment artériel réséqué (Dr Durand) a donné les résultats suivants :

Des coupes ont été pratiquées en trois points ; l'examen des préparations montre :

1° Au niveau de la région d'attrition : une thrombose par caillot sanguin et des lésions pariétales de rupture incomplète, avec présence d'hémorragies et d'une infiltration leucocytaire de la média ainsi que des suffusions hémorragiques de l'adventice.

2° De part et d'autre de la région d'attrition, l'examen des coupes ne montre plus de lésions pariétales notables, mais un état de vaso-constriction surtout marqué au-dessous ; le diamètre de la lumière est inférieur à l'épaisseur des parois artérielles en ce point.

Conclusion. — Thrombose et lésions pariétales traumatiques, de caractère irréversible, avec spasme surajouté de part et d'autre de la zone d'attrition.

M. le Bourhis fait suivre son observation de quelques réflexions, que je vous livre *in extenso :*

« 1° Sur l'horaire de l'intervention : on pourrait nous reprocher de n'être pas intervenu lors de notre premier examen. Quatre heures après l'accident nous nous serions trouvé dans de meilleures conditions de temps pour effectuer une éventuelle artériotomie ; mais l'hypothermie sous-jacente à la zone traumatisée, qui n'était que relative, nous fit espérer, alors, la persistance d'une circulation collatérale suffisante, qu'aurait pu améliorer une série d'infiltrations stellaires (au besoin complétées d'infiltrations des premiers ganglions thoraciques). Notre service d'urgence ne nous permettait pas, d'autre part, de pratiquer une artériographie qui, montrant un obstacle net sur l'artère humérale, nous eut fait nous décider à intervenir plus tôt. De toute façon la technique opératoire eût été la même, les lésions artérielles, comme nous avons pu le constater par la suite, étant au-dessus de toute chirurgie conservatrice.

« 2° Quelques heures plus tard, l'indication opératoire nous a paru plus nette : main et avant-bras froids, pas de pouls radial, résultat négatif d'une infiltration stellaire.

« L'intervention nous fit découvrir d'importantes lésions artérielles. Seule l'artériectomie nous sembla indiquée.

« Nous avons regretté que le manque de greffes veineuses montées sur « vitallium » et d'héparine ne nous ait pas permis de rétablir la continuité de la voie artérielle. Malgré l'évolution heureuse de notre artériectomie, nous sommes persuadé qu'une telle technique n'eût pu qu'ajouter à la qualité de cette évolution en permettant un passage plus aisé de la phase critique.

« 3° Les résultats immédiats de notre intervention nous ont beaucoup inquiété. Nous avons craint que le traumatisme initial, en écrasant l'artère et ses veines, n'eut compromis aussi fortement les voies collatérales.

« De fait, jusqu'à l'infiltration stellaire pratiquée neuf à dix heures après l'artériectomie, aucun changement n'était apparu dans la circulation de l'avant-bras et de la main.

« Nous pensions avoir pratiqué un geste suffisant et avoir réalisé une sympathectomie élective en effectuant une artériectomie. Le résultat heureux d'une infiltration stellaire, après échec apparent de cette opération, nous a montré qu'il y avait plus à faire. Nous serions tenté de penser que l'artériectomie, ayant supprimé les réflexes vaso-constricteurs partis de l'artère lésée, il n'en restait

pas moins, du fait du traumatisme initial, une atteinte étendue des voies collatérales, que seule l'action sur le sympathique ganglionnaire du membre était capable d'influencer. »

Je verse l'intéressant travail de M. Le Bourhis à nos Archives, sous le n° 467.

COMMUNICATION

Quatorze essais de thrombectomie artérielle suivant la méthode de Jean Cid dos Santos. Thrombo-endartériectomie désobstruante.

par M. **René Leriche.**

Dans une des dernières séances de l'Académie, Louis Bazy a rapporté une belle observation de thrombectomie artérielle, faite dans son service par M. Reboul, suivant les idées de Jean Cid dos Santos que j'avais exposées ici même au mois de juin, mais avec une technique nouvelle.

Je voudrais profiter de l'occasion pour donner les résultats de ma courte expérience à ce sujet. Comme nous sommes là sur un terrain vierge, et que la méthode paraît de grand avenir, il peut être utile de dire ce que m'ont appris quelques essais. J'en ai déjà parlé à Londres, au Congrès International de septembre, et le *Lyon chirurgical* vient de publier le détail des cinq premières observations (novembre 1947, p. 675).

Depuis le début de juillet et jusqu'au 15 janvier, nous avons, mon assistant J. Kunlin et moi, fait 14 essais de thrombectomie artérielle.

Je dis essais, parce que nous avons essayé dans des cas où l'artériographie nous montrait que nous ne pourrions vraisemblablement pas aboutir, étant donné la longueur et le siège de l'oblitération. Avant de faire l'artériectomie, dans ces cas, il m'a paru légitime de nous familiariser avec la pratique de la thrombectomie.

Cette thrombectomie est, en effet, quelque chose d'assez singulier. Elle n'enlève pas que le thrombus organisé, mais avec lui, la couche interne de l'artère qui joue un rôle esentiel dans toute thrombose, dans sa production et dans son organisation. Le clivage se fait en dehors de la limitante élastique interne, contre la média. Santos l'avait indiqué. Et si l'on y songe, il ne peut gnère en être autrement étant donné la participation de l'endartère à la thrombose. Quand on incise la paroi artérielle, on va souvent jusqu'au thrombus. On peut le libérer sur quelques centimètres, mais il se brise et, si l'on veut trouver le bon plan, il faut glisser l'instrument dans la paroi même, détachant une couche blanche ferme qui représente l'endartère et parfois se fragmente. Si, pour aider au décollement de ce que l'on veut enlever, on fait de l'expression digitale à distance, cette couche vient avec le thrombus, parfois collée à lui, parfois isolément.

En réalité, on va beaucoup plus loin dans la paroi artérielle. A mesure que les examens histologiques se multiplient, on voit que la majeure partie de la média part aussi avec le thrombus. Dans un cas, le pathologiste auquel j'avais confié une pièce, me répondit : je ne vois pas sur la paroi de cette artère la cause de la thrombose récente que je constate. Il ne s'était pas douté qu'il n'avait eu qu'une partie de l'artère en main.

Plusieurs fois, on m'a dit : Caillot relativement récent. Intima épaissie et scléreuse avec des plaques athéromateuses. *Média enlevée en majeure partie.* L'élastique interne persiste sauf en certains endroits où les fibres musculaires ont disparu, remplacées par du tissu scléreux.

En somme, ce que nous faisons est une thrombo-endartériectomie.

De toute façon, lorsqu'on a fini le débouchage artériel et qu'on laisse passer le sang, celui-ci coule dans un tube non endothélialisé, et cela parfois sur une grande étendue (18-20 et même 40 centimètres). Comment se fait-il alors que le sang ne se coagule pas rapidement à nouveau ? C'est chose assez surprenante. Evidemment, nous donnons de l'héparine, mais ce n'est pas en quelques jours qu'il se refait un endothélium sur toute la partie désobstruée. Dans un de mes cas, il ne fut donné de l'héparine que pendant quarante-cinq heures, une hémorragie héparinique ayant obligé à en cesser l'administration. Cependant, deux mois plus tard, la fémorale commune et l'iliaque externe désobstruées battaient fortement, et il y avait un pouls tibial postérieur. Je ne puis penser qu'en quarante-cinq heures, il se soit refait un endothélium sur toute la longueur de l'iliaque exerne et sur la fémorale jusqu'à sa bifurcation. Et cependant le fait est là : il n'y a pas eu thrombose nouvelle alors que l'examen histologique a montré que l'endartère était partie avec le thrombus. Le sang doit passer dans un tube fibrineux. Il en est bien ainsi dans certains anévrysmes, mais là, la coagulation se fait et le risque d'embolie est grand. En fait, cela change la conception que nous avions de la nécessité d'un endothélium intact et continu pour qu'il n'y ait pas coagulation.

Kunlin a entrepris au laboratoire du Collège de France des recherches expérimentales sur ce point précis, en enlevant l'endartère sur une certaine étendue de l'aorte. Nous verrons dans quelque temps s'il y a régénération endothéliale comment elle se fait et le temps qu'il lui faut.

En attendant il faut remarquer le paradoxe suivant : Robert Danis, qui autrefois a étudié expérimentalement les conditions de succès des sutures artérielles, faisait observer tout dernièrement qu'il lui semblait démontré que ce sont les éléments de la tunique moyenne qui provoquent la thrombose. Les faits nouveaux vont-ils nous obliger à reviser cette opinion qui paraissait établie, et que, pour ma part, j'admettais ?



Pour pouvoir enlever le thrombus, il faut de toute nécessité que l'on puisse dépasser son niveau supérieur et son niveau inférieur non pas seulement pour arriver en artère libre, mais pour pouvoir arrêter le cours du sang par un clamp ou un fil au-dessus et au-dessous de l'oblitération, faute de quoi, on est continuellement gêné par un suintement ou un jet. C'est là qu'est la plus grande difficulté, car dans la plus fréquente des oblitérations artérielles, celle de la fémorale superficielle, il est habituel que le thrombus descende dans le segment huntérien et se prolonge jusque dans la poplité. Et de même, il y a des thromboses poplitées qui remontent jusque dans la cuisse.

On échoue si l'on ne se résoud pas à se donner tout le jour qu'il faut.

Si l'on opère par voie fémorale antérieure, l'incision doit ouvrir de bout en bout la paroi du canal de Hunter, au delà de la grande anastomotique, en veillant à ne pas couper celle-ci qui n'est pas oblitérée et saignera à contre-courant dès que la fémorale sera devenue libre. Au besoin, on sectionnera le tendon du grand adducteur. Si la cuisse est fortement tournée en dehors, pied reposant sur son côté externe contre la jambe opposée, on peut aller jusque dans le creux poplité et trouver aisément les vaisseaux poplités qui ne touchent pas l'os en cet endroit, et peuvent être vus assez nettement pour qu'on les incise.

Pour les oblitérations poplitées hautes, on a peut-être avantage à procéder en sens inverse et à découvrir les vaisseaux poplités d'abord, pour remonter dans le canal de bas en haut. Je l'ai fait récemment en cherchant un anévrysme congénital de l'ischiatique persistante suivant l'état embryologique. J'ai pu aller ainsi sans dommage jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Mais ce n'est pas très commode et il est mieux d'employer le procédé décrit par Arnold Henry dans

son « *Extensile exposure applied to limb surgery* » (Livingstone, éditeur, 1943) Henry décrit la découverte poplité-Hunter par la voie interne, jambe mise comme je l'indiquai ci-dessus, en découvrant d'abord les vaisseaux qui sont près de l'incision et très mobiles par cette voie et en remontant dans le canal à leur suite. Il ne faut pas oublier que le canal est bien plus haut que nous ne le pensons. J'ai fait déterminer ce point par Forster en 1938 (1). Il commence à 10 centimètres au-dessus de l'interligne et il a 7 centimètres de long en moyenne.

Je crois qu'il est bon de connaître ces diverses voies d'approche qui ne nous sont pas familières et qu'on hésite à suivre.

On doit faire d'emblée l'incision nécessaire pour voir tout ce qu'il faut voir et ne pas se contenter d'agrandir la plaie par petits coups jusqu'au moment où l'on sent au doigt la fin de l'oblitération.

Cette chirurgie est très différente de celle à laquelle nous sommes habitués, même de la chirurgie de guerre, même avec les voies d'abord élargies décrites autrefois par Fiolle et Delmas.

J'ai eu aussi des difficultés pour les oblitérations de l'iliaque primitive qui ne sont pas rares. Dans une vieille embolie de quarante-six jours qui oblitérait, par thrombose extensive, l'iliaque externe, de la périartérite fixait en position pelvienne la bifurcation. Le dissecteur mousse servant à décoller le caillot, n'a pu doubler ce cap anguleux. Il aurait fallu agrandir par en haut d'un bon travers de main et inciser droit sur la primitive. La malade était une cardiaque décompensée. Je n'ai pas osé prolonger l'opération faite sous locale et j'ai renoncé, terminant par une artériectomie. Si j'avais su alors ce que je sais maintenant, je crois que j'aurais pu désobstruer. La malade a guéri, mais sa guérison est moins parfaite qu'elle n'eût été.

Donc, l'incision doit dépasser par en haut et par en bas d'emblée les segments libres, et il faut pouvoir mettre sur eux des clamps bloquant toute arrivée de sang.

Si l'artère intéressée a des collatérales, même de peu d'importance, si elle se bifurque, toutes les branches doivent être bloquées par un clamp, sinon, dès que la désobstruction progresse, du sang revient par ces collatérales. Opérant sur la fémorale commune, j'ai dû pincer au doigt la fémorale profonde pendant la suture, parce que, dès qu'elle n'était plus comprimée, le sang revenait, à flot, à contre-courant dans la commune. A la cuisse, dans une oblitération très étendue, il m'a fallu, récemment, mettre des clamps sur 4 collatérales musculaires pour être à sec.

Nous avons récemment enlevé, Kunlin et moi, une calcification de l'iliaque primitive gauche, remontant dans l'aorte sur 2 à 3 centimètres. Il nous fallut mettre un lien sur l'aorte, un sur l'hypogastrique, un sur l'iliaque externe et un petit clamp sur une collatérale postérieure de la primitive.

Il faut donc, sans décoller complètement l'artère comme pour une artériectomie, la dégager suffisamment, latéralement, pour pouvoir pincer ce qui se présente. Evidemment, les mors des clamps doivent être engainés dans un manchon de coton (lacet tubulaire) pour ne pas être offensant.

L'artère étant préparée comme il vient d'être dit, comment faut-il l'inciser et où ?

A la façon de Santos, nous avons, Kunlin et moi, fait des artériotomies étagées : 2, 3, 4 suivant nécessité. Puis nous avons incisé au niveau des deux extrémités du thrombus et, délibérément à cheval sur la zone saine.

Dans un de nos cas, antérieur à la communication Bazy-Reboul, Kunlin, faisant ainsi de propos délibéré, a incisé au bistouri l'endothélium sain et est parti de là pour prendre le bon plan de clivage transpariétal à la limite de l'obli-

(1) Forster. Etude radiographique du canal de Hunter au point de vue de la lecture des radiographies. *Revue de Chirurgie*, 1938.

tératiion. Après une thrombectomie fémorale de 21 centimètres, il y a aujourd'hui un pouls tibial bien frappé.

Nous pensons maintenant qu'il vaut mieux faire comme M. Reboul et inciser l'artère de bout en bout.

Nous l'avons fait trois fois en particulier chez un homme de cinquante-huit ans dont l'oblitération, datant cliniquement de deux mois, paraissait artériographiquement ne pas dépasser le canal de Hunter. L'artère, à ce niveau, semblait irrégulière, mais non thrombosée. Nous avons incisé depuis l'arcade jusqu'à 2 centimètres de la base de la rotule. La primitive a été isolée ainsi que la fémorale profonde. Un fil fut passé sous l'une et sous l'autre. Quatre collatérales furent oblitérées par un clamp, y compris la grande anastomotique. Tout le canal de Hunter fut ouvert jusqu'à 6 centimètres de l'interligne du genou, et la fémorale fut inicisée axialement sur 31 centimètres. De cette façon, l'ablation du thrombus, dont le centre paraissait récent (encore fait de sang coagulé entre deux segments jaunâtres anciens), fut très facilité. En haut, l'endartère fut circulairement incisée par Kunlin. Son décollement progressif, à ciel ouvert, se fit aisément, et nous vîmes que, sans cette mise à plat, nous aurions laissé des débris flottants. En certains endroits, le décollement laissait sur l'artère des stries circulaires qui semblaient de nature musculaire et furent enlevées. Arrivés à quelques centimètres au delà de la grande anastomotique, l'artère était encore dure. Elle fut incisée. Elle était épaissie, mais avait une lumière. Cependant, si on laissait passer le sang de bas en haut, il ne giclait pas. Nous avons dû couper là un tube endartériel dont les lèvres furent fixées à la paroi, puis l'artère recousue.

Aujourd'hui, soit un mois après, on perçoit un pouls encore faible à la tibiale postérieure. Au mollet, où il n'y avait qu'un frémissement oscillatoire, il y a un indice 5. Le pied est brûlant. L'artériographie montre une fémorale continue sans interruption.

Dans un autre cas nous avons débloqué l'iliaque primitive en entamant la paroi aortique et l'iliaque externe. Au huitième jour, on perçoit nettement le pouls fémoral, inexistant auparavant, et le pied est chaud.

Il résulte de cette expérience qu'il y a lieu désormais d'inciser l'artère axialement sur toute la longueur de l'oblitération comme Reboul et de commencer l'endartériectomie par l'incision circulaire de l'endartère avec suture immédiate de la collerette endartérielle restante qu'a imaginée Kunlin, au lieu de faire les multiples artériectomies de Santos.

Quand la désobstruction est terminée, et que la voie est libre, après avoir irrigué tout le tronc artériel avec du sérum, on doit passer à la suture. Mais avant de la commencer, on a une impression parfois désagréable qu'il faut que je dise : l'artère désobstruée paraît vomme un poisson vidé. On dirait qu'elle est réduite à son adventice tant elle est plate et flasque. En fait, il reste un peu plus que l'adventice ; une partie de la média est toujours là, et l'on peut coudre sans arrière-pensée.

Nous cousons avec les petites aiguilles droites de Carrel en surjet avec de la soie 000. Les points, totaux, doivent être très rapprochés. Quelquefois, on a de la peine à savoir où s'arrêter. Les deux lèvres de la paroi, accolées, montrent mal la fin de l'artériectomie. On a avantage à faire deux surjets montant et descendant à la rencontre l'un de l'autre. Il ne faut pas se servir de pince, même fine, mais d'un crochet mousse pour repérer les bords et voir s'il reste encore quelques millimètres non suturés. Avant de lâcher les clamps et de laisser le sang passer, on peut injecter du sérum dans l'artère et voir ainsi si la suture est parfaite ou s'il faut mettre un point supplémentaire ce qui a l'avantage de chasser l'air. Puis on lâche les clamps. S'il y a lieu on comprime un instant et généralement, la suture est étanche.

Alors se pose la question de l'héparine. Si l'on a déjà fait une injection de 40 milligrammes intra-artérielle au début de l'opération, je pense que 40 à 50 mil-

ligrammes dans le bout inférieur de l'artère doivent suffire, immédiatement après l'ablation des clamps, en renouvelant la dose le soir et le lendemain. Au début nous injections trop : 100 à 140 milligrammes tout de suite, puis 100 toutes les six ou huit heures. L'expérience a montré que ce n'est pas sans danger. Nous avons eu trois fortes hémorragies hépariniques dont une fut mortelle, la première, après 140 milligrammes.

Il est encore impossible de dire la dose qui convient et le rythme des renouvellements de la dose. Mais je crois qu'il faut se méfier. Il semble qu'il y ait des susceptibilités individuelles, que tout le monde ne doit pas être mis au même taux d'héparinisation. Malheureusement nous ne savons pas le reconnaître à l'avance, même avec les examens sanguins. Il est certain que les malades héparinisés sont exposés à saigner en nappe et à faire ainsi d'ennuyeux hématomes le deuxième ou le troisième jour. Les opérés souffrent, sont dans un état de malaise particulier. Ils sont nauséeux, subsyncopaux. Ils ont rapidement le teint plombé. Il faut alors suspendre toute injection et évacuer largement les caillots, quitte à recoudre secondairement. Et j'ajouterai : transfuser. Une transfusion au bout de quarante-huit heures, avec suppression de l'héparine, (il en avait été donné en tout 600 milligrammes) n'a pas empêché un de nos opérés (thrombectomie de l'iliaque externe et de la fémorale commune) de garder perméables les voies désobstruées et, au bout de quatre mois, de conserver un pouls tibial postérieur bien frappé et un indice oscillométrique de 5.

Sur nos 14 essais, 7 observations doivent être retenues où l'opération fut menée de bout en bout comme il convenait. Un malade est mort d'hémorragie héparinique, avec une artère perméable. Un a un très beau résultat depuis cinq mois. Un autre nous a quittés avec un pouls tibial postérieur battant bien et le pied chaud. Un autre, au huitième jour, paraît devoir être excellent. Deux semblent avoir rethrombosé leur artère. Le pied reste chaud et leur situation paraît améliorée, mais il n'y a pas de pouls périphérique. Je crois que c'est de ma faute. La désobstruction n'avait probablement pas été complète. Des bouts flottants devaient persister à la limite de la thrombose. C'est ce qui justifie la technique de Kunlin, d'artériotomie à cheval sur la zone libre avec incision première circulaire de l'endothélium, ou celle de Reboul : incision sur toute la longueur.

Il est à noter que quand la thrombectomie échoue, le pied demeure brûlant, plus chaud qu'après l'artériectomie, chaud comme après certaines gangliectomies à effet maximum. Il semble que l'on retrouve le phénomène que j'ai signalé après les anévrysmorraphies oblitérantes, cette hyperthermie périphérique qui me paraissait conditionnée par les actions sur l'endothélium. Ce phénomène, physiologiquement inconnu, mérite d'être étudié car ici, l'endothélium a été supprimé. L'hyperthermie est donc incompréhensible.

Autre constatation : bien que le courant soit rétabli, il peut ne pas y avoir de pouls périphérique, au moins pendant plusieurs jours. On peut se demander si cela n'est pas dû à ce que la paroi artérielle, privée de la plus grande partie de son appareil élastique, se laisse distendre sans réagir contre l'onde sanguine.

De toutes façons, les essais de thrombo-endartériectomie doivent être poursuivis. La méthode est un immense progrès.

Cependant une dernière question se pose : étant donné les incertitudes de l'avenir de nos opérés, faut-il ne faire qu'une thrombo-endartériectomie ? C'est-à-dire délaisser la sympathectomie lombaire ? Je ne le pense pas. Au début, Kunlin et moi, nous avons fait les deux opérations dans le même temps. Nous nous demandons maintenant, s'il n'y aurait pas avantage à opérer en deux temps, gangliectomie d'abord pour pouvoir hépariniser dans le second temps, sans souci d'hémorragie au niveau de la plaie de gangliectomie.

M. **Louis Bazy** : Je crois que bien des chirurgiens ont dû essayer de pra-

tiquer la désoblitération des artères thrombosées. C'est ainsi qu'en 1932, dans mon service de l'hôpital Saint-Louis, mon regretté élève Davioud avait fait quelques tentatives dans ce sens. De même, mon ami Sylvain Blondin pourra vous dire qu'en 1938, à la requête de M. Touraine, il avait tenté, lui aussi, deux fois, la désoblitération artérielle ; mais ces tentatives qui étaient faites sans le contrôle de l'artériographie, sans instruments spéciaux et sans le concours de l'héparine, étaient presque fatalement vouées à l'échec. Le grand mérite de Jean Cid dos Santos est d'avoir pensé qu'il était possible maintenant de s'adresser directement aux lésions artérielles bien précisées par l'artériographie, plutôt que de recourir aux interventions indirectes qui consistent essentiellement et par des procédés divers, à produire une vaso-dilatation et à améliorer ainsi la circulation périphérique.

Dès que nous avons eu connaissance des tentatives de Jean Cid dos Santos. notre équipe, composée de Jacques Huguier, Henri Reboul et Pierre Laubry, lui a demandé de bien vouloir opérer par sa méthode quelques uns de nos malades. Il l'a fait trois fois avec beaucoup de bonne grâce et, j'ose dire, de courage, dans le service de notre cher ami Huet. Une fois même, Reboul lui a envoyé un malade particulièrement grave à Lisbonne. Après son départ, Jacques Huguier et Reboul ont continué à traiter des malades par la technique de dos Santos dans quatre cas. Mais, très vite, il nous est apparu, comme j'ai eu l'occasion de vous le dire ici même il y a quelques semaines, que l'opération de dos Santos ne pouvait être qu'un point de départ, qu'elle nous avait montré que la voie à suivre était l'attaque directe des lésions, mais que peut-être celle-ci pouvait être réalisée d'une façon plus satisfaisante. En effet, je vous ai indiqué que Reboul avait eu l'idée d'inciser l'artère sur toute l'étendue de l'oblitération et de faire ainsi un thrombectomie à ciel ouvert au lieu de la faire à l'aveugle. Je vous ai communiqué le premier cas de cette opération que nous avons appelée une « endartériectomie pour désoblitération » et je vous ai montré par des artériographies démonstratives qu'elle avait abouti à un rétablissement total de la circulation. Depuis, 14 autres opérations semblables ont été pratiquées, ce qui porte à 15 le total des interventions exécutées jusqu'à ce jour. 11 malades ont été opérés à la Pitié, 8 pour artérite périphérique dont une avec gangrène et 3 pour artérite de la bifurcation aortique et des iliaques ; 2 à Saint-Louis, dont une présentait déjà des phénomènes de gangrène ; enfin, 2 à Necker, dont vous parlera mon ami Ameline.

Les résultats de ces opérations ont été très divers. Parmi les malades opérés par Jean Cid dos Santos et suivant sa technique, se trouvait un bon cas qui fut cependant suivi très rapidement de réoblitération clinique. Le malade mourut, trois mois après son intervention, d'angine de poitrine, avant qu'on ait pu faire l'artériographie de contrôle. Un cas moyen fut également suivi de réoblitération rapide et la mort survint peu de temps après. Dans un cas très mauvais, il y eut une amélioration clinique pendant un mois, puis une reprise progressive de la gangrène, témoignant de la réoblitération. Enfin, le cas qui fut envoyé à Lisbonne était un cas excessivement mauvais auquel Jean Cid dos Santos essaya pourtant avec beaucoup de décision de porter secours ; mais la mort survint très rapidement.

Des 4 opérés par Huguier et Reboul suivant la méthode de dos Santos, 3 présentèrent une réoblitération immédiate ; 1 présente un bon résultat clinique, mais nous n'avons pu vérifier la reperméation par une artériographie de contrôle. Dans ce cas, il est vrai, la désoblitération avait été pratiquée par un procédé mixte : un segment de l'artère oblitérée avait été traité par la méthode de dos Santos ; dans l'autre, au contraire, on avait incisé le segment dans sa totatlité pour en extraire le thrombus.

Parmi les 15 opérés d'endartériectomie pour oblitération, nous avons noté : 1 décès chez un homme atteint d'oblitération de l'aorte et d'une des iliaques primitives. Cet homme âgé est décédé rapidement et, à l'autopsie, on a pu cons-

tater des lésions excessivement importantes du foie qui sont peut-être à mettre sur le compte des injections d'héparine. 4 succès fonctionnels qui cependant coïncident avec une oblitération post-opératoire, totale dans 3 cas, partielle dans 1 cas. Cependant, l'artériographie de contrôle montre une amélioration notable de la vitesse d'opacification du réseau vasculaire du membre, comparée à celle observée avant l'intervention. Elle a permis également de mettre en évidence une atonie vasculaire au-dessous de la zone endartériectomisée, atonie vasculaire que nous observons sur les artériographies en série après endartériectomie et dans certains œdèmes spontanés des membres inférieurs. En raison de cette atonie qui accélère indiscutablement la vitesse de la circulation sanguine, nous nous demandons s'il est bien utile de recourir à la gangliectomie sympathique qui aboutirait, croyons-nous, aux mêmes résultats. Dans 4 cas le succès clinique est complet et, bien que l'artériographie n'ait pas encore été pratiquée, on peut penser que les artères désoblitérées restent sûrement perméables. Parmi ces quatre cas, se trouvaient cependant deux gangrènes qui ont nettement régressé. 4 succès cliniques, confirmés par l'artériographie, ont été enregistrés dont 1 avec gangrène. Il reste 1 cas qui est trop récent pour que nous puissions en faire état ; néanmoins , on peut se montrer très satisfait des suites opératoires. Un dernier cas, enfin, concerne une opération mixte d'oblitération ilio-fémorale. On a dû pratiquer une artériectomie sur l'artère iliaque parce que les parois étaient trop malades. On a ensuite pratiqué une endartériectomie portant sur la fémorale commune et sur sa bifurcation. Le résultat clinique est très bon, mais la vérification artériograpique n'a pas encore été pratiquée.

Comme on le voit, ces résultats sont très encourageants et les opérations qui ont été ainsi exécutées nous ont appris bien des choses. Notamment, nous avons pu faire faire l'examen histologique de ce qui avait été enlevé à l'intérieur de l'artère par M. le professeur Champy. Ces examens nous ont révélé que l'endartériectomie aboutissait à l'ablation de tout ce qui, dans la paroi artérielle, était mortifié. Il s'agit en somme d'une véritable séparation du mort du vif et si l'on osait risquer cette comparaison, de quelque chose de comparable à ce qui se passe au niveau de l'os lorsque l'on en extrait les séquestres. Il est à noter que sur une artère saine il serait impossible de pratiquer une opération telle que l'endartériectomie, car on ne peut cliver les différentes couches d'une artère normale. Au contraire, lorsqu'une partie d'entre elles est mortifiée, avec un peu d'habitude, on peut très facilement trouver le plan de clivage qui permet d'enlever l'endartère et le thrombus situé à son centre avec la plus grande facilité. Chemin faisant, on débouche l'orifice des collatérales, ce qui se traduit immédiatement par un retour de la circulation sanguine à leur niveau.

Il est évident que l'opération à ciel ouvert permet une opération infiniment plus satisfaisante que celle qui a été préconisée par dos Santos et il n'est pas étonnant que les résultats que nous avons obtenus soient supérieurs, ce qui ne diminue d'ailleurs en rien le mérite de dos Santos, puisqu'il nous aura montré le chemin sur lequel il fallait s'engager.

Il est intéressant de noter que lorsqu'on a pratiqué l'endartériectomie, on n'a quelquefois pas enlevé toutes les lésions de mortification. Dans ces cas, la réoblitération est, pour ainsi dire, la règle. On peut se demander enfin comment, dans une artère dont seules les tuniques externes ont été conservées, le sang ne se coagule pas. M. Champy a pu, dans un cas où le prélèvement de l'artère opérée put être fait peu de temps après l'intervention, constater que l'endothélium vasculaire se régénérait avec une très grande rapidité, en partant de la lumière même du vaisseau au-dessus et au-dessous de la zone opérée et aussi de l'orifice de chacune des collatérales.

Mais toutes ces données mériteraient de plus amples développements que nous nous réservons d'apporter plus tard.

Enfin, à ces opérations d'oblitération par artérite, nous voudrions ajouter

deux cas d'oblitération artérielle traumatique dans lesquels, soit dit en passant, les lésions histologiques sont totalement différentes de celles que nous avons signalées plus haut. Dans ces cas, il s'agit de lésions cicatricielles et aucune désoblitération n'est possible. C'est pourquoi dans deux cas récemment observés, on a enlevé toute la fémorale superficielle et on l'a remplacée par une greffe prélevée sur la veine saphène interne. Dans un autre cas, 8 centimètres d'artère axillaire et d'artère humérale se trouvaient oblitérés. Le rétablissement de la continuité artérielle a été obtenu par anastomose terminale de la circonflexe postérieure à l'humérale au point où elle redevenait perméable.

Comme on le voit, il y a là déjà une riche moisson d'observations d'une chirurgie difficile, minutieuse, qui exigera sans doute encore de longues mises au point, mais dont les résultats déjà acquis sont infiniment prometteurs.

M. **Ameline :** A propos de la communication de M Leriche et des observations de M. Bazy, je voudrais simplement présenter un malade opéré il y a treize jours dans mon service, avec son dossier clinique et artériographique. Les collaborateurs de M. Bazy, MM. Huguier et Reboul m'ont fait l'amitié d'opérer le malade que je vous présente et dont voici l'histoire bien résumée :

T... (Louis), soixante-trois ans. A seize ans, typhoïde ; à soixante-deux ans, claudication intermittente. Il y a trois mois, sphacèle du 5e orteil gauche. Glycémie à 1 gr. 80, réduite à 1 gr. 05 par régime et insuline. Opéré le 22 janvier 1948 en raison des douleurs de plus en plus violentes. Endartériectomie portant sur la terminaison de l'iliaque externe, toute la fémorale superficielle et le début de la poplitée.

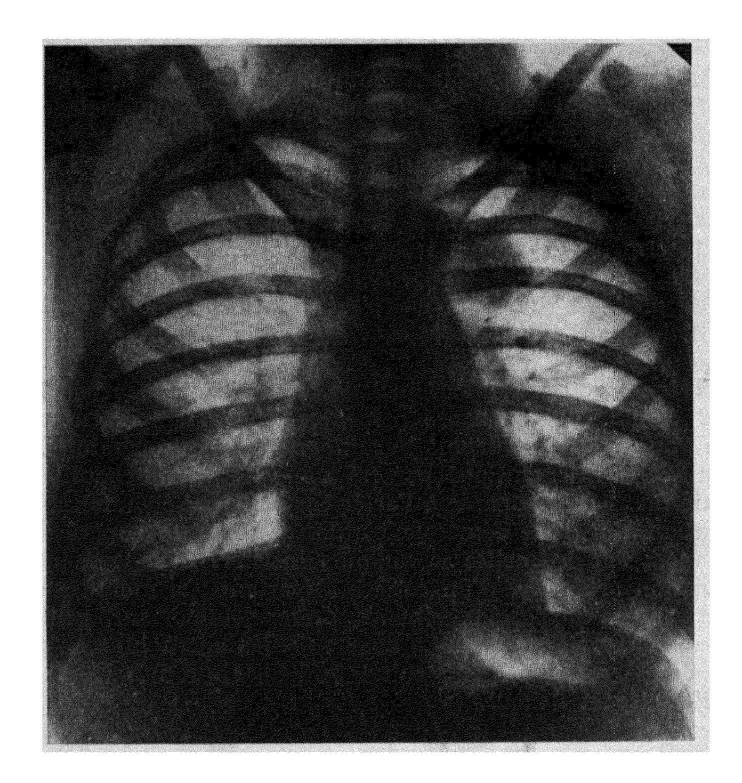
Je vous présente aujourd'hui ce malade, au treizième jour de l'intervention, avec un pied chaud, une pédieuse palpable et une température à 37° depuis dix jours. Je vous présente surtout l'artériographie post-opératoire, réalisée hier (douzième jour de l'intervention) par les soins de MM. Reboul et Huguier, et qu'il est passionnant de comparer à l'artériographie pré-opératoire. Celle-ci objective l'oblitération du tronc fémorale commune-fémorale superficielle, avec des séries de nuances sur lesquelles je ne puis insister. Celle-là montre la magnifique reperméation artérielle, d'un calibre important ; la moindre utilisation des collatérales et, enfin, un passage veineux, précoce, important, jambier et crural. Cette « thrombo-endartériectomie » a ouvert délibérément plus de 40 centimètres d'artère et a donné ce très beau résultat immédiat qui fait le plus grand honneur à MM Huguier et Reboul.

PRÉSENTATION DE MALADES ET DE RADIOGRAPHIES

par M. **Robert Monod.**

Anévrysme diverticulaire de la crosse de l'aorte chez une jeune fille de vingt ans (fig. 1). Résection du sac anévrysmal le 24 décembre 1947 (Dr Olivier Monod). Suture de l'aorte. Guérison par première intention.

Kyste du lobe supérieur droit du poumon pris pour une lésion tuberculeuse.



pendant quatre ans. Hémoptysies menaçantes. Guérison par lobectomie supérieure droite.

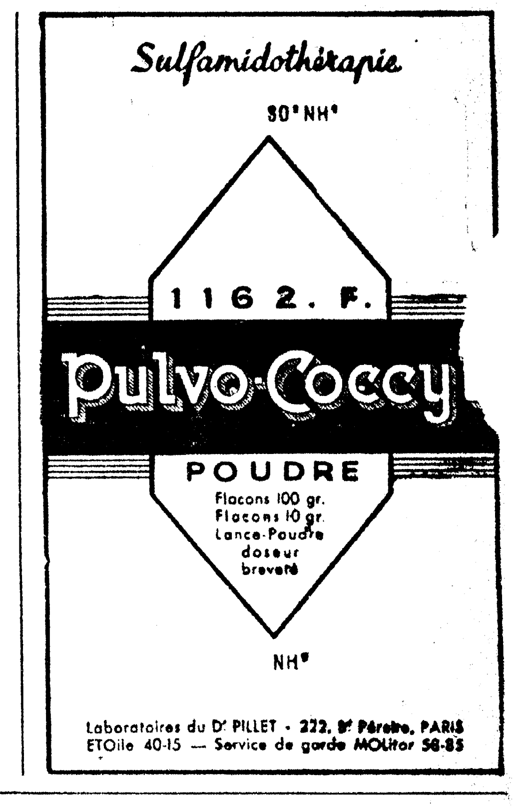
Evidement tuberculeux du lobe inférieur droit avec sténose bronchique chez une jeune femme de vingt-quatre ans. Le traitement pré- et post-opératoire par la streptomycine a permis, une lobectomie. Guérison opératoire en huit jours.

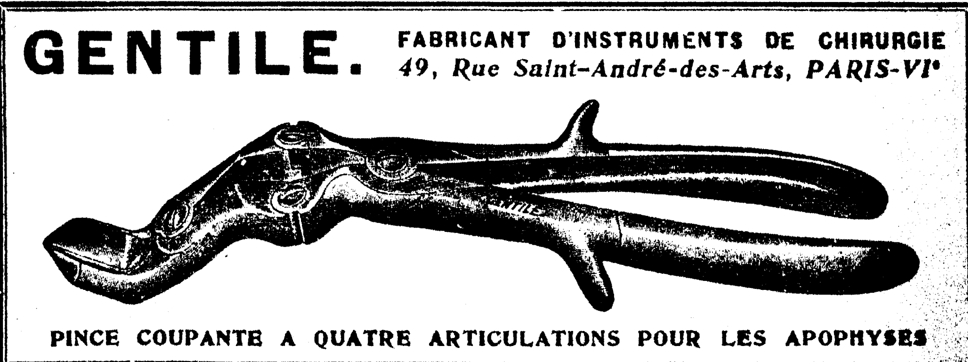
Ces trois observations seront publiées ultérieurement.

Le Secrétaire annuel : Pierre Oudard.

Le Gérant : G. Masson.

Dépôt légal. — 1948. — 1er trimestre. — Numéro d'ordre 710. — *Masson et Cie*, éditeurs, Paris.
Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).





Dépôt légal. — 1948. — 1er Trimestre. — Numéro d'ordre 710. — *Masson et Cie*, éditeur, Paris.
Imprimé par l'Ancne Impie de la Cour d'Appel, 1, r. Cassette, à Paris (France).
Published in France.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR 1948
(L'abonnement part du 1er janvier.)

France et Colonies : 1.200 fr.
(Règlements par chèques postaux (Compte Paris 599) ou chèques bancaires.)

Étranger : 1.400 fr.
(Règlement par Banque Nationale.)

Changement d'adresse : **10 fr.**

Administration et publicité :
Librairie MASSON & Cie, 120, boulevard Saint-Germain, PARIS (VIe)
Téléph. : Danton 56-11 et Odéon 70-81